

# Crónica

III CONGRESO NACIONAL DE  
**RELACIONES  
INSTITUCIONALES**  
DEL SECTOR FARMACÉUTICO

Aportando valor al conjunto del Sistema Sanitario





# Crónica

III Congreso de Relaciones Institucionales del Sector Farmacéutico



Realización: LUZÁN 5, S. A.  
Pasaje de la Virgen de la Alegría, 14  
28027 Madrid  
e-mail: [luzan@luzan5.es](mailto:luzan@luzan5.es)  
<http://www.luzan5.es>

Título original: III Congreso Nacional de Relaciones Institucionales del sector farmacéutico  
© Luzán 5, 2017. Todos los derechos reservados  
ISBN: . Depósito legal:

Los contenidos expresados en los casos publicados reflejan la opinión de los autores de cada uno de ellos. En ningún caso los coordinadores, la editorial, ni el patrocinador de la obra, han de compartir necesariamente su contenido, debiéndose remitir el lector a la bibliografía original o a los autores de cada caso si precisase información adicional sobre lo publicado.

El titular del copyright se opone expresamente a cualquier utilización del contenido de esta publicación sin su expresa autorización, lo que incluye la reproducción, modificación, registro, copia, explotación, distribución, comunicación pública, transformación, transmisión, envío, reutilización, publicación, tratamiento o cualquier otra utilización total o parcial en cualquier modo, medio o formato de esta publicación. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (artículos 270 y siguientes del Código Penal).



III CONGRESO NACIONAL DE RELACIONES INSTITUCIONALES DEL SECTOR FARMACÉUTICO

### ***Comité Organizador***

*Natividad Calvente*

*Ana Céspedes*

*Jordi Domínguez*

*Antonio Franco*

*José Vicente Galindo*

*M<sup>a</sup> Ángeles Moreno*

*Marta Moreno*

*Justo Moreno*

*Teresa Millán*

*Cristina Rey*

***[www.cnri.es](http://www.cnri.es)***

## Luzán5

Consultora Especializada en Salud

### Equipo Técnico:

Mayte Martínez	Coordinación de Proyecto
Pedro Rodríguez	Comunicación
Deborah Kukielka	Consultoría e Investigación
Vanesa Peña	Consultoría e Investigación
Marta Cervantes	Consultoría e Investigación
Rebeca Sánchez	Consultoría e Investigación

# Índice

- 7 | **1. Programa III CNRI**
- 9 | **2. Introducción**
- 11 | **3. Función y evolución de las relaciones institucionales**
- 11 | **Un colectivo en permanente desarrollo**  
Relaciones institucionales: nexo de unión *cross-functional*
- 13 | **Cambios que están influyendo en la función**
- 14 | **Evolución de relaciones institucionales en el contexto de la función**  
Subespecialización  
Perfil técnico  
Involucración temprana  
Globalización  
Recursos  
Liderazgo  
Carrera profesional
- 16 | **La segunda revolución de las relaciones institucionales**  
¿Qué pide la Administración?
- 18 | **El papel de las compañías**  
Determinación estratégica  
Adaptación a la diversidad y al cambio  
Legitimidad y capital reputacional  
Anticipar el futuro
- 21 | **Relaciones institucionales en el contexto de la organización**  
Medir el papel de la función de relaciones institucionales en las compañías  
Liderazgo y comunicación
- 24 | **4. El sistema sanitario**
- 24 | **Venimos de una crisis**
- 24 | **El sistema necesita renovarse**  
Presupuestos anuales estancos  
El marco legislativo
- 29 | **En busca de la eficiencia**  
Propuestas de eficiencia  
Las tres velocidades del sistema  
Colaboración público-privada  
En 5-10 años, ¿esta situación cambiará o seguirá igual?
- 34 | **Orientación a resultados**  
No se aprovechan los resultados disponibles  
Gestión basada en resultados  
Faltan datos, preferencias y participación del paciente
- 40 | **Resultados y datos como camino hacia la eficiencia**  
Acordar metodologías y parámetros para la evaluación
- 42 | **Innovación en las interrelaciones**  
Innovación en las administraciones públicas  
Cambio de foco de la industria hacia el pagador

43 | **¿Es “financiación” la palabra clave?**

Financiación y gasto sanitario en las CCAA  
Financiación finalista

47 | **Valor y resultados en salud**

Evaluación y momento evaluador  
El resultado en salud, determinante para el valor  
Resultados en salud y en gestión  
El valor en la fijación de precios  
Incorporar las preferencias de los pacientes

54 | **Pagos, evaluaciones y compras**

Pago por servicios  
Análisis multicriterio  
Posicionamiento terapéutico europeo  
La asignatura pendiente de la compra pública

58 | **Algunas tareas para el futuro**

Industria farmacéutica y otras empresas del sector salud  
Instituciones e industria juntos  
*Horizon scanning*: anticipar información e innovación  
Profesionales y profesionalización  
Inequidad en el sistema  
Medicina personalizada  
Preguntas para reflexionar

63 | **Pensar como paciente**

Orientar la organización hacia las necesidades de los pacientes  
Los pacientes ya están participando  
Dos llamadas de atención

66 | **La nueva sanidad desde la humanización**

69 | **5. Trabajo grupal por equipos**

70 | **GRUPO DE TRABAJO 1:**  
**¿Cómo afrontar las necesidades no cubiertas en financiación y reembolso?**

75 | **GRUPO DE TRABAJO 2:**  
**¿Cómo asegurar el partenariado con la Administración sanitaria y otros stakeholders?**

80 | **GRUPO DE TRABAJO 3:**  
**¿Relaciones institucionales, market access o ambas?**

85 | **GRUPO DE TRABAJO 4:**  
**¿Cómo potenciar el acceso a la innovación regional y local?**

90 | **6. Conclusiones**



# 1. Programa III CNRI

## ACTO DE INAUGURACIÓN

Dña. Belén Crespo. Directora de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios.

D. César Pascual. Director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid

D. Juan José Equiza Escudero. Gerente del Hospital Ramón y Cajal

Dña. Teresa Millán. Comité Organizador

Dña. Marta Moreno. Comité Organizador

## CONFERENCIA INAUGURAL “LA VISIÓN ANFIBIA”

“Generando puentes entre la Administración Sanitaria y la Industria farmacéutica”

D. David Elvira. Director General de Servei Catala de la Salut

## PONENCIA

“La función de relaciones institucionales: de dónde venimos y hacia dónde vamos”

Dña. Ana Céspedes. Comité Organizador III CNRI

## TRABAJO GRUPAL POR EQUIPOS

**Presenta: D. Antonio Franco. Comité Organizador**

¿Cómo afrontar las necesidades no cubiertas en financiación y reembolso?

Moderan: D. José Vicente Galindo. Comité Organizador

D. Pedro Gómez Pajuelo. Secretario General de ONT

¿Cómo asegurar el partenariado con la Administración Sanitaria y otros stakeholders?

Moderadora: D<sup>a</sup> Natividad Calvente. Comité Organizador

Invitado: D. Antoni Gilabert

¿Relaciones Institucionales, market access o ambas?

Moderador: Jordi Domínguez. Comité Organizador

¿Cómo potenciar el acceso a la innovación regional y local?

Moderador: Justo Moreno. Comité Organizador

## DIÁLOGOS ADMINISTRACIÓN SANITARIA. INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Moderador

D. José María López Alemany. Director de *Diariofarma*

Mesas y participantes

¿Cómo vehiculizar propuestas de eficiencia?

D. César Pascual. Director general de Coordinación de Asistencia Sanitaria la Comunidad de Madrid

D. Javier Ellena. Presidente de Lilly España

### ¿Infrafinanciación SNS?

D. Antonio Fernández Campa. gerente del SERGAS

D. Timmo Andersen. Director general de Boehringer Ingelheim España

### ¿Mismo idioma cuando hablamos de pacientes y sus beneficios?

#### ¿El paciente en el centro del Sistema Sanitario?

Dña. Candela Calle. Directora gerente del Instituto Catalán de la Salud

D. Ángel Fernández. Director General de MSD

### Fármacos innovadores, ¿cuál es el valor de su incorporación?

D. José Manuel Martínez Sesmero. Director de investigación e innovación de la SEFH

D. Gabriel Galván. Director General de Novartis Oncology

## COLOQUIO PORTAVOCES DE COMISIÓN SANIDAD

### “Legislativamente, ¿vamos en la dirección correcta en la política sanitaria y farmacéutica?”

#### Moderador

D. Carlos Mur. Gerente del Hospital de Fuenlabrada

#### Participantes

D. Francisco Igea. Portavoz de Ciudadanos en la Comisión de Sanidad del Congreso

Dña. Mónica García. Portavoz de Podemos en la Comisión de Sanidad de la Asamblea de Madrid

## COLOQUIO INTERAUTONÓMICO

### Gestión basada en resultados

#### Moderador

D. Boi Ruiz. Profesor Univ. Internacional de Cataluña. Exconsejero de Salud de la Generalitat de Cataluña

#### Participantes

Dña. Patricia Gómez Picard. Consejera de Salud de Govern de les Illes Balears

D. José María Vergeles Blanca. Consejero de Sanidad de Extremadura

D. Antonio María Sáez Aguado. Consejero de Sanidad de Castilla y León

## CONCLUSIONES Y CIERRE

Natividad Calvente

## 2. Introducción

Antes que nada, hay que destacar la singularidad de esta iniciativa, ya que España es el único país que tiene un Congreso Nacional de Relaciones Institucionales del Sector Farmacéutico. Este encuentro se creó hace 3 años para ser un foro de diálogo de los profesionales del sector farmacéutico entre ellos mismos y con representantes de las administraciones sanitarias. Actualmente es ya un congreso consolidado en el sector, con una cifra de asistencia superior a los 200 participantes.

El congreso tiene actualmente entre sus objetivos la definición y la adaptación de la función de las relaciones institucionales (RRII) y sus profesionales a los continuos cambios que se están produciendo en el entorno social y sanitario. La mejor manera de adaptarse a dichos cambios es poner en común experiencias y conocimiento, por un lado; y escuchar y dialogar con todos los agentes que participan en la construcción de un sistema sanitario más eficiente, por otro. Éstas son las premisas que se tuvieron en cuenta a la hora de confeccionar el programa de trabajo del III CNRI.



Acto de inauguración

A la hora de presentar un resumen de lo tratado durante las dos jornadas de trabajo, se ha optado por elaborar un documento que no sigue el orden cronológico del programa, ya que se incurriría en frecuentes reiteraciones debido a que son muchos los temas que fueron surgiendo de manera repetida a lo largo de las sesiones. Por tanto, el contenido se ha ordenado, y así se presenta, por bloques de contenido homogéneos que racionalizan el proceso de lectura y acceso a la información presentada.

Por último, es obligado agradecer a todos los ponentes y participantes su implicación y compromiso en las intervenciones, a los asistentes su presencia y atento seguimiento y al Hospital Universitario Ramón y Cajal por ejercer como anfitrión de este III CNRI. Juan José Equiza, gerente del hospital, agradeció por su parte a la organización el haber escogido al "Ramón y Cajal" como sede, y destacó el reto que supone para todos intensificar el diálogo entre la Administración y la industria, así como la necesidad de aunar esfuerzos, compartir experiencias y debatir el papel de los diferentes profesionales y agentes del sistema sanitario.

# 3. Función y evolución de las relaciones institucionales

## ■ UN COLECTIVO EN PERMANENTE DESARROLLO

Uno de los objetivos permanentes del Congreso Nacional de Relaciones Institucionales del Sector Farmacéutico (CNRI) es el análisis y seguimiento de la evolución de la función de las RRII dentro de las compañías, un papel necesariamente cambiante conforme a su principal interlocutor, la Administración sanitaria, va cambiando. Pero esta imprescindible adaptación al medio es más amplia, ya que abarca al propio sistema sanitario en su conjunto y a los pacientes y su entorno. De esta manera, el CNRI supone un foro de puesta al día e intercambio de información e ideas que hacen posible una relación más fluida, positiva y eficiente de todos los integrantes del sistema sociosanitario.

Una parte de la primera jornada del congreso estuvo dedicada a compartir lo que significa en estos momentos la posición de RRII en el sector. Para ello, estaban en el programa la conferencia inaugural “La visión anfibia”, de David Elvira, director general del Servei Català de la Salut, y la ponencia “La función de RRII: de dónde venimos y hacia dónde vamos”, de Ana Céspedes, miembro del Comité Organizador. Ambos aportaron, entre otros contenidos, una visión precisa y actualizada de la figura de los profesionales que se dedican al área de Relaciones Institucionales y Acceso dentro de la industria farmacéutica. La visión que mostraron incluye, no sólo la situación en el contexto histórico de la función, sino también los requerimientos que la evolución de las administraciones y los profesionales sanitarios, las empresas y los pacientes están demandando. De manera tangencial, estos temas surgieron también durante el resto del congreso, completando la visión presentada en la primera jornada.

La construcción del departamento de RRII ha sido diferente e individual en cada compañía, y realizada más desde una necesidad percibida o intuida que desde un plan definido y homogéneo. Eso ha determinado que las denominaciones y la posición en el organigrama sean tremendamente heterogéneas en nombre y función: *corporate affairs*, *market access*, *pricing*, *public affairs*, RRII, e incluso acceso a pacientes o *patient access*. Sin embargo, el propio desarrollo del trabajo está conduciendo a una homogeneización del perfil profesional, a una concienciación de la importancia estratégica de la función a nivel de compañía y a alcanzar una gran relevancia como colectivo de profesionales responsables de las relaciones con distintos agentes claves, ya sean pagadores, gestores, organizaciones de pacientes o farmacéuticos. En definitiva, se está consolidando la profesionalización de la función.



Comité CNRI con Belén Crespo, César Pascual, Juan José Equiza y David Elvira

Ana Céspedes manifestaba en su intervención su preferencia por la denominación “acceso a pacientes”, basada en que ése es el objetivo de la función: que la mejor terapia disponible llegue a los pacientes.

### **Relaciones institucionales: nexo de unión *cross-functional***

Desde esa premisa, una parte del trabajo de las RRII es servir de contacto y nexo de unión entre la Administración y los grupos de interés externos y la propia empresa, con el fin de entablar un diálogo que genere soluciones y puntos de encuentro. Esto se hace trabajando de manera *cross-functional*, algo que se ve facilitado por la procedencia de los profesionales de las RRII desde diferentes áreas de la empresa. Esta tarea de trabajar con el interior de las compañías necesita de un espacio donde poder llevar a cabo los proyectos, el apoyo de los demás socios internos y el alineamiento con la estrategia de la compañía, siendo la visión estratégica el factor clave que debe prevalecer sobre el resto.

El cliente interno es variado: *marketing*, ventas, médico, *regulatory*, *public affairs*, comunicación o los responsables de las áreas de pacientes. Con todos ellos hay que trabajar, alinear por presupuestos, negociar objetivos, pactar prioridades o acordar indicadores. Son también clientes y, en ocasiones, interaccionar con ellos ocupa hasta más de un 50 % del tiempo de trabajo, cifra que en la experiencia de Ana Céspedes se eleva en *global* (casa matriz) hasta el 90 %.

El cliente externo y razón de ser de las RRII es la Administración sanitaria en cualquiera de sus numerosas vertientes: pagadores nacionales y regionales, hospitales y atención primaria.

## ■ CAMBIOS QUE ESTÁN INFLUYENDO EN LA FUNCIÓN

Estamos en un proceso permanente de cambio en el entorno de la industria farmacéutica que conlleva cambios de la función de RRII. Ana Céspedes habló en su ponencia de la evolución de los sistemas sanitarios, destacando los siguientes 10 puntos clave:

1. Cambios demográficos (población envejecida, cronicidad, etc.).
2. Nuevas patologías y nuevas dianas moleculares.
3. Disrupción tecnológica/innovación
4. *Horizon scanning*.
5. Foco en *outcomes*.
6. *Physicians as payers*.
7. Transparencia en precios.
8. Big Data.
9. Innovación organizacional.
10. Nuevas fórmulas de financiación.

En esta etapa de disrupción tecnológica es muy importante para las administraciones el *horizon scanning*

En muchas ocasiones, es necesario dar un paso atrás para ampliar la perspectiva y poder darse cuenta de la dimensión de estos cambios, que no se ven en la corta distancia. En los últimos tres años, hemos asistido a una revolución en la hepatitis C, en cáncer, en inmunoterapia y en combinaciones terapéuticas. Quizás dentro de dos años, veamos la primera molécula para el Alzheimer. En esta etapa de disrupción tecnológica, es muy importante para las administraciones lo que se denomina el *horizon scanning*, que les permitirá tener una visión más organizada de la innovación que va a venir con potencial de cambiar la manera de tratar a los pacientes, y producir un impacto en el sistema sanitario. En este escenario, es probable el pago por resultados y también que se realicen acuerdos transnacionales de compra de medicamentos y nuevas fórmulas de financiación complementarias a la financiación pública.

Para afrontar todos estos retos, y con una creciente disponibilidad y utilización de datos, los sistemas sanitarios, estudian cómo organizarse de manera diferente para aprovechar las oportunidades que se presentan.

Por parte de la industria farmacéutica, los portafolios de medicamentos están basculando del lado de la Medicina de Atención Primaria hacia la Medicina Especializada, focalizándose en productos biológicos y tecnológicos, una evolución que tiene muchas implicaciones desde la óptica del acceso. Como también las tienen los biosimilares, que hasta ahora no alcanzaban la penetración que lograron los genéricos, pero que se van a ver impulsados por medidas institucionales a favor de su utilización.

En todo este debate de transformación hay cuatro palabras clave: sostenibilidad, innovación, eficiencia y priorización. Es decir, cómo conseguir, recién salidos de la crisis, pagar una factura creciente en el escenario de una población más envejecida y más enferma con presupuestos estables o que crecen a lo sumo un 2 %. Esto no será posible sin la priorización, ya que no va a ser posible cubrir financieramente todas las innovaciones terapéuticas que se avecinan. En definitiva, ir hacia sistemas sanitarios eficientes y sostenibles.

## ■ EVOLUCIÓN DE RELACIONES INSTITUCIONALES EN EL CONTEXTO DE LA FUNCIÓN

Como decíamos anteriormente, los cambios que acontecen en el entorno se traducen a nivel de compañías en la aparición de nuevos escenarios, algunos de los cuales describió Ana Céspedes en su intervención. Cabe destacar que algunos de estas evoluciones de la función ya se reclamaban como necesarias en los debates de las anteriores ediciones.

### Subespecialización

Se está observando una subespecialización creciente. Antes, los roles estaban más mezclados, en un escenario en el que todo el mundo hacía un poco de todo. Ahora hay perfiles que controlan mejor el área concreta de *health economics*, otros que se concentran en *pricing* o *contracting*, o bien en Administración central o regional. Esta subespecialización es un hecho y un síntoma de madurez de la función.

### Perfil técnico

Los equipos de relaciones corporativas necesitan dotarse de una gran solvencia técnica en los ámbitos, tanto regulatorio como económico, acordes a los técnicos de la administración sanitaria, con alta capacidad de evaluación y análisis. Por eso, es importante la absoluta robustez y solvencia técnica de aquello que se presenta a la Administración Pública, sin caer en tentaciones *marketinianas* en la relación con el pagador.



## Involucración temprana

Por fin, se avanza en la involucración un poco más temprana de la función de RRH. Hace años, las empresas daban algunos datos a RRH con sólo seis meses de antelación al lanzamiento. Eso era todo. Ahora las compañías hacen ya en la fase III un análisis de lo que se va a necesitar para el lanzamiento y algunas incluso en fase II. Estando ya desde esos momentos, se empieza a entender cuáles van a ser los datos que se necesitarán, qué tipo de evidencia y de estudios complementarios harán falta, la prevalencia, la incidencia de la enfermedad, o qué tipo de factores determinan el coste de la enfermedad. De esta manera, se pueden construir modelos de impacto presupuestario adecuados desde fases muy tempranas, lo que está muy unido al *horizon scanning*, es decir, a hablar con los pagadores de lo que va a venir en el futuro.



Ana Céspedes

## Globalización

La función camina hacia una mayor globalización. Actualmente, en casi todas las compañías ya hay roles globales, regionales, de país, etc. Hace años también los había, pero con menos contacto. Es probable asistir a un movimiento pendular en el área de acceso, por el cual crecerán los recursos a nivel de país y se dedicarán sólo estrictamente los necesarios a nivel global.

## Liderazgo

Cada vez son más importantes las competencias de liderazgo. Hacía años, todos los profesionales de RRH estaban un poco preocupados porque eran nuevos en la función y no sabían cómo diseñar las competencias técnicas de un área que estaba en desarrollo. Había profesionales que venían de distintas áreas y no se sabía cómo desarrollarse técnicamente. Actualmente, el área de liderazgo no se puede desestimar, porque realmente el 80-90 % de la función es trasladar de manera eficaz los mensajes tanto a nivel interno como externo. Y esto depende de cómo se comunica y de cómo se es capaz de generar movimiento en la organización, más allá de la parte técnica. Las competencias de liderazgo se están convirtiendo en el número uno de la carrera de una persona de RRH.

## Carrera profesional

Finalmente, en *pendientes* está la carrera profesional. Todavía no todas las compañías tienen definido de manera muy clara como entrar en RRH. ¿Es posible pasar del área comercial a RRH directamente? No está claro, porque un pagador o la Administración no se abordan de la misma manera que un prescriptor. Hace falta un trato diferente y hace falta formación y entrenamiento para ello. En el sentido opuesto, ¿una persona que ha estado varios años en RRH puede pasar a comercial, o a global? Esto no está tan definido como en el otro escenario.

## ■ LA SEGUNDA REVOLUCIÓN DE LAS RELACIONES INSTITUCIONALES

Se está cerrando ya la primera revolución de las RRH, que ha sido la revolución del acceso, durante la cual se han potenciado las áreas técnicas y puesto el foco en la Farmacoeconomía, ya que el debate estaba en cómo aportar valor y hacerlo de manera sostenible y presupuestariamente viable. Esa fase supuso pasar del *marketing* convencional a compartir información relevante a los pagadores, con la utilización de una serie de instrumentos muy técnicos y muy basados en el concepto de acceso, fundamentales en esos momentos desde la perspectiva de quienes evaluaban y pagaban las innovaciones.

Ahora estamos en el momento de lo que David Elvira definió en su conferencia como “la segunda revolución” de las RRH, que debe posibilitar poner las relaciones corporativas como eje estratégico en las empresas. Esta segunda revolución tiene que estar basada en unos equipos que sean expertos en el marco regulatorio, ya que nos movemos en un mercado regulado, en el cual es preciso devenir en expertos para desarrollar capacidad de influencia.

No menos importante que el *expertise* en el marco regulatorio será, y ya lo es, la comunicación corporativa. Desde el punto de vista de la estrate-



David Elvira

gia de la industria farmacéutica, en opinión de David Elvira, el cliente es el pagador público y las estrategias de comunicación no pueden estar desvinculadas de las estrategias de las relaciones corporativas. Por tanto, las RRII no sólo deben ser un eje básico de la estrategia de la compañía, sino también de la comunicación.

Otro de los puntos clave de los responsables de RRII es la necesidad de identificar a todos los *stakeholders* y de convertirse en expertos en su gestión. Esto es, además de una necesidad de la posición, lo que la Administración espera. En otro orden de cosas, en el perímetro de las relaciones corporativas debería estar también la generación de beneficio, que es parte del eje fundamental de una compañía. En resumen, seguimos hablando del perfil y capacidad estratégicos de las RRII, que deben evolucionar del rol de colaborador a una participación clara en la definición estratégica conjunta.

### ¿Qué pide la Administración?

En esta segunda revolución de las RRII, donde es imprescindible el trabajo conjunto, es muy importante para la industria farmacéutica conocer cuáles son las demandas de la Administración. A este respecto, la equidad y los determinantes de salud sociales y económicos se han acentuado y, por tanto, la sensibilidad por asegurar que las soluciones son accesibles equitativamente desde el punto de vista del gradiente social o territorial ha

cochado un gran interés para las administraciones públicas. La revolución digital y la introducción de nuevas tecnologías ofrece soluciones más diversas y, sin duda, las administraciones exigirán la máxima adaptación a esta necesidad digital. La revolución digital cambiará también el paradigma de cómo se afrontan las estrategias de RRII. Todo ello, sin olvidar que los pacientes crecen en empoderamiento y, de la mano del conocimiento crecerá su nivel de exigencia.

En resumen, es imprescindible ayudarse mutuamente en esta segunda revolución de las relaciones corporativas, porque es lo que hará compatible la legítima búsqueda del beneficio de una empresa privada con la absoluta obligación ética de los servidores públicos de facilitar las mejores terapias disponibles a los pacientes.

## ■ EL PAPEL DE LAS COMPAÑÍAS

### Determinación estratégica

Las compañías deben adoptar ya una determinación estratégica sobre las RRII, considerándolas como algo nuclear en el negocio, más allá de lo puramente relacionado con el acceso. Se ha conseguido mucho en los últimos años dentro de las empresas, entendiéndolo, por ejemplo, que un pagador público necesita evidencia para el posicionamiento terapéutico y para decidir si financia algo o no. Esto ha hecho que, durante años, las divisiones de acceso fueran creciendo, se acercaran al núcleo de las decisiones, y hayan sido incluso áreas de carrera dentro de las compañías más interesadas.

Las compañías deben adoptar ya una determinación estratégica sobre las RRII, considerándolas como algo nuclear en el negocio, más allá de lo puramente relacionado con el acceso

Desde el punto de vista de las compañías, es necesario en estos momentos que los equipos de RRII añadan estrategia en la comunicación de la compañía, en el *shaping* regulatorio y en el *stakeholder management*.

Desde el punto de vista del administrador público, la percepción es que faltan perfiles que sepan comprender que las necesidades van más allá de un modelo farmacoeconómico, de una compra, o de una interpretación

y un *briefing* del EPAR, y que tengan la capacidad de traducción y adaptación de lo que necesitan el pagador nacional y el autonómico, que es quien tiene el presupuesto. Eso va desde las necesidades inherentes a las prioridades políticas de una consejería pasando por instrumentos puramente financieros o de discusión de portafolio.

Todo ello quiere decir que el de RRII presenta un perfil complejo, ya que necesita la capacidad técnica interpretativa que se requiere para poder utilizar e interpretar los instrumentos de acceso clásicos, recursos para traducir los elementos institucionales, mapear todos los actores e incluso hacer de *lobby* interno en las estrategias de comunicación. En definitiva, es un perfil típico de las áreas de estrategia.

### Adaptación a la diversidad y al cambio

La industria se ha adaptado históricamente, a veces mejor y otras veces no tan bien, a lo que piden 17 comunidades, con sus correspondientes cambios políticos periódicos. Esa diversidad y cambio requiere recursos de las compañías que faciliten esa óptima adaptación. Y eso es una decisión estratégica de las compañías. Ésta es una discusión bastante relevante en términos de compañía, en la que es necesario preguntarse qué espera el pagador, ya que éste siempre pide que se adapten a sus necesidades.

### Legitimidad y capital reputacional

La relación entre la industria farmacéutica y su principal cliente, la Administración Sanitaria, se tiene que basar en la legitimidad. La industria debe contar con un capital de reputación que supere algunas de las carencias históricas que ha mostrado en este campo. La legitimidad y la reputación constituyen el puente para facilitar un entendimiento con el sector público. De ahí la necesidad de las estrategias de *stakeholder management*, comunicación y otros elementos para ganar capital reputacional y legitimidad, y así poder hablar el mismo lenguaje que aquellos a quienes queremos convencer de que estamos aportando el máximo valor al sistema.

Los RRII tienen la obligación profesional de anticipar el futuro y los cambios que están por llegar.

El mejor antídoto a cualquier inquietud sobre lo que hace un equipo de relaciones corporativas o RRII en términos de influencia pasa por una absoluta claridad y transparencia, y a eso ayudan los marcos europeos que regulan el registro de personas y grupos de interés en la Comisión y la

Unión Europea y el *Libro verde sobre transparencia a nivel europeo*, así como las leyes que en Cataluña empezaron a aplicarse en 2014 sobre transparencia y buen gobierno, que regula los grupos de interés, registrándolos y transparentando sus relaciones. Por último, obviamente, a todo ello colabora también la política general de transparencia iniciada desde Farmaindustria, la patronal del sector farmacéutico.

### Anticipar el futuro

Cualquier empresa tiene entre sus tareas la monitorización del entorno y de los movimientos y tendencias a medio/largo plazo. En el sector farmacéutico no se puede ignorar lo que está ocurriendo fuera de nuestras fronteras, porque puede acabar llegando aquí. Asuntos como el proyecto Euripid, relacionado con bases de datos transparentes de precios, o la Declaración de Valletta, firmada también por España, para la negociación conjunta internacional de precios, deben estar en el radar de las RRH.

Habrà más foco en accesibilidad, con una gran convergencia en los sistemas de información, tecnología y cuidados sanitarios y una mayor presencia de dispositivos y aplicaciones. Dentro de unos años puede que se estén lanzando fármacos con aplicaciones, como se hace ahora con los marcadores. De esta manera, la integración de los temas de acceso en la parte digital es muy importante, de ahí que sea clave también ir preparando estrategias digitales.

Todo esto ocurre en el entorno, en el sistema sanitario, en la industria, y condiciona una función que está coevolucionando e influyendo a la vez, y tiene la obligación profesional de anticipar el futuro y los cambios que están por llegar.

## ■ RELACIONES INSTITUCIONALES EN EL CONTEXTO DE LA ORGANIZACIÓN

Es un hecho que la figura de las RRH parte de una gran heterogeneidad, estando en su origen dedicada genéricamente a lo que se denomina en inglés *policy, pricing and reimbursement, health economics outcomes research, y evidence generation*, sin una coordinación de estas funciones formalizada o establecida. El liderazgo era más bien informal, sin la figura de un *access leader*.

La figura que emerge como necesaria en estos momentos es la de un líder que coordine a las cuatro áreas actuales: política, precios, síntesis de la evidencia y generación de evidencia. Esta función de coordinación, de manifiesto perfil senior, exigirá una dedicación casi exclusiva, así como una gran capacidad de liderazgo de su equipo.

La figura necesaria es la de un líder que coordine a las cuatro áreas actuales: política, precios, síntesis de la evidencia y generación de evidencia

### Medir el papel de la función de relaciones institucionales en las compañías

Un paso más allá en la estructuración de los equipos de acceso o RRII es conocer cómo está de preparada la organización para trabajar con pagadores y cómo de bien o mal se está ejecutando la función. Ana Céspedes aportó en el congreso la visión de un trabajo de IMS publicado en *Pricing & Market Access Outlook 2014 Edition*, que propone un *stress test* con una metodología estructurada, de carácter cualitativo, para aplicar cada uno en su compañía. El test plantea cuatro preguntas que, adaptadas al mercado español, son:

- Conocimiento del entorno externo.
- Integración de la función y estrategia de *market access*.
- Integración de la ejecución de las actividades de *market access*.
- Calidad del propio trabajo.

El test permite evaluar el nivel de integración de la función en la estructura organizacional y el conocimiento real de los *stakeholders* del área por los equipos de RRII. Además, aporta algo muy importante, una visión de la importancia que la compañía en su conjunto da al área de acceso, mediante preguntas relacionadas con el conocimiento de la Administración sanitaria por distintos departamentos.

La aplicación de esta metodología permite obtener una visión panorámica de la integración estratégica de RRII dentro de la compañía, mediante preguntas como las siguientes:

- ¿Se incluye la visión de los pagadores en la estrategia?
- ¿Conocen en la compañía el papel de *market access* o RRII o hay que seguir explicándolo?
- ¿Existen objetivos de acceso en los planes de marca? ¿Tenemos indicadores clave?
- ¿Están los planes de *stakeholders* integrados, o acceso tiene su propio plan?
- ¿Qué herramientas de apoyo existen: presupuestos, materiales, *payer strategy*?





Marta Moreno, Teresa Millan, Belén Crespo

- ¿Están los recursos financieros y humanos alineados con los objetivos estratégicos?
- ¿Se entiende lo que está haciendo el país por parte de global?
- ¿Se conoce lo que hacen los competidores en *market access*, a nivel de inteligencia competitiva?

Este tipo de preguntas se las puede hacer cada uno en su compañía individualmente para evaluar la importancia que la organización le está dando a las RRH pero, como vemos, hay una oportunidad de dibujar un estado real de una manera más metodológica

### Liderazgo y comunicación

El liderazgo no viene determinado sólo por los equipos de RRH, sino también por cómo el sistema sanitario va a evolucionar, y cómo los propios profesionales dentro de las compañías van a ser capaces de influenciar para que RRH sea nuclear en las estrategias. Las relaciones corporativas o el acceso tienen que estar presentes en las reuniones ejecutivas, guiar a los comités de dirección y crecer en su papel de liderazgo. Esto no es nada fácil, porque el gran componente técnico de la función arrastra mucho y compromete gran cantidad de tiempo. La operatividad se convierte así en un obstáculo para el liderazgo que es imprescindible asumir.



Medir los resultados, o al menos cuantificarlos en alguna medida, y exponerlos públicamente haría que toda la organización tomara conciencia de lo relevante de la función de RRH. A pesar de que los resultados son de carácter más bien cualitativo, y cada vez más cuantitativos, es clave encontrar parámetros claros y bien definidos que ayuden a poner en valor la función y a perfilar su liderazgo. Para ello también hay que dedicar tiempo a comunicar, pero simplificando los mensajes. Los detalles específicos no interesan más allá del reducido círculo de los propios implicados.

El gran componente técnico de la función arrastra mucho y compromete gran cantidad de tiempo

En opinión de Ana Céspedes, habría que dedicar el 80 % del tiempo al trabajo real de la posición y un 20 % a la comunicación, con canales fijos y establecidos, como tienen otros departamentos. Es necesario crear un canal propio de comunicación, contar los éxitos y en qué se traducen éstos para la organización.

## 4. El sistema sanitario

### ■ VENIMOS DE UNA CRISIS

Es interesante recordar el escenario temporal que se ha vivido durante los últimos cinco a siete años, como hizo David Elvira en su ponencia. España ha padecido en dicho periodo la peor crisis de las últimas cuatro décadas. Este elemento coyuntural ha sido muy importante en las necesidades que ha tenido la administración pública y en la capacidad de adaptación de la industria farmacéutica para dar respuesta a esas necesidades. En este marco tan comprometido, el elemento clave ya no era tanto la sostenibilidad como la propia solvencia del sistema público en general y especialmente del sistema sanitario.

Viene bien esta observación para entender mejor la situación actual, que todavía es de estabilización, no de crecimiento. Hay que ser prudentes con la gestión de las expectativas en el medio plazo.

Coincidiendo con este entorno de crisis, la industria farmacéutica, que venía de una larga etapa de innovación incremental, comenzó a ofrecer innovación disruptiva. En ese momento, el planteamiento de eficiencia y coste-efectividad se tambalea, lo determinante es la suficiencia presupuestaria. Esta situación implica un cambio en el diálogo entre la administración y la industria, haciendo necesario demostrar que las innovaciones añaden un valor sostenible desde el punto de vista económico. En un sistema sanitario basado en el valor y en la eficiencia, entra en juego también la filosofía del 'dejar de hacer', donde ya no se trata solo de poner en marcha proyectos que tengan el ahorro como fin último, sino en cuestionarse y dejar de hacer, si es necesario, acciones de la cartera de servicios que no aporten valor real al paciente para así tener mayor disponibilidad para financiar otras que sí aportan valor.

### ■ EL SISTEMA NECESITA RENOVARSE

Ha habido una coincidencia bastante unánime en los distintos participantes del congreso en la necesidad de renovación del sistema, apoyada por varias líneas argumentales, todas ellas interrelacionadas entre sí, que mostramos a continuación.

1. El Sistema Nacional de Salud se basa en la administración arcaica más propia del siglo XIX que del XXI (reglas de compra, gestión pública, recursos humanos)

2. La mayoría de las infraestructuras sanitarias son de la Tesorería de la Seguridad Social, lo que condiciona mucho la política de infraestructuras de las administraciones a la hora de adoptar otros modelos.
3. El modelo de gestión de la sanidad es un modelo administrativo.
4. La organización sanitaria pública es muy burocrática y crea múltiples situaciones de barreras a la innovación.
5. El ministerio debe asumir una mayor ejecución de sus competencias en cuanto a información, control de calidad y supervisión.
6. Se debe avanzar en materia de buena gobernanza.
7. Política de recursos humanos muy constreñida a un estatuto y a una negociación sindical, que podría dificultar la búsqueda de eficiencia.
8. Se facilita muy poco las iniciativas de cambio en la gestión. Hay que flexibilizar la rigidez de las estructuras de decisión.

Como señalaba César Pascual, nuestro sistema se ha convertido en un modelo de derechos y de consumo –“la población consume sanidad”-. Evolucionar en esta dirección provocará que al final tengamos un sistema socio-sanitario, en cuyo caso ya no hablaremos de un problema de sostenibilidad sino de viabilidad.



César Pascual

El modelo de organización burocrático conduce a una paradoja, ya que los sistemas de salud y las estructuras sanitarias, son organizaciones de conocimiento, pero, al gestionarse este modo, su función principal termina por ser cumplir normas y procedimientos y desarrollar una actividad en términos cuantitativos. Esta marcada rigidez del sistema en su gestión como organización burocrática -a veces casi napoleónica, en palabras de Antonio M<sup>a</sup> Saez Aguado-, se nota también en el ámbito de los recursos humanos, donde se confunden la estabilidad y la seguridad laboral con un concepto tan antiguo e inamovible como la plaza en propiedad.

Una consecuencia de todo esto para el sistema es que los profesionales -que tienen unos derechos muy consolidados- son muy reacios a propuestas de cambio como concentrar complejidad o reducir su cartera de servicios en beneficio de otros compañeros o de otros centros que puedan tener más “*expertise*” y a abrirse a reorganizaciones estructurales. Como ejemplo teórico ilustrativo, apuntaba Antonio M<sup>a</sup> Saez Aguado que, en un hospital de Castilla y León no podría trabajar el mejor oncólogo del mundo aunque le convencieran de que viniese, ya que tropezaría con el insalvable obstáculo de no ser estatutario o no tener méritos en centros sanitarios públicos del SNS.

Se confunden la estabilidad y la seguridad laboral con un concepto tan antiguo e inamovible como la plaza en propiedad

En opinión de Javier Ellena, con las prestaciones y organización actual, y las aspiraciones que tenemos, al SNS se le presenta un complicado futuro frente a la explosión de un conocimiento científico que permite mejores diagnósticos, a la revolución del empleo intensivo de las tecnologías y el instrumental sanitario y a la aparición de medicamentos disruptivos. Ante esta situación, además de adoptar un modelo basado en el valor, desde un punto de vista práctico habría que buscar soluciones en los espacios donde puedan encontrarse menos obstáculos, como es el nivel de la microgestión (y en algunos casos en la mesogestión).

### **Presupuestos anuales estancos**

En distintas intervenciones ha surgido el concepto de ‘presupuestos estancos’. Esta realidad del sistema impide hacer presupuestos a medio/largo plazo y reconducir amortizaciones. Cada 1 de enero se pone el contador a cero, partiendo de un determinado nivel de deuda y déficit. Con presupuestos anuales y legislaturas de cuatro años, con sus corres-



pondientes cambios políticos, es muy difícil establecer planes y objetivos a largo plazo. Como ejemplo, en estos momentos los presupuestos del 2018 todavía no están aprobados y en los del 2019 ni se piensa. Es pertinente, por tanto, la pregunta lanzada por Timmo Andersen: ¿tenemos que cambiar el modelo y el discurso hacia financiación y a no seguir manejando un presupuesto anual?

En el mundo actual de la cronicidad, con patologías como la diabetes, las enfermedades neurodegenerativas o la oncología, se producen muchos impactos económicos y sociales que no se reflejan a nivel presupuestario.

¿Hay que cambiar el modelo y el discurso hacia financiación y a no seguir manejando un presupuesto anual?

Las decisiones se realizan desde mediciones parciales, sin contemplar situaciones en su conjunto y sin perspectivas temporales de largo alcance.

En este plano de presupuestos anuales estancos en que se mueve el sistema, es coherente, que un dossier de valor de un producto o tecnología destaque como ventaja la generación de ahorros futuros mientras que a la vez su posible aprobación implique el pago del precio hoy. Si el impacto positivo del ahorro es en el futuro, sería recomendable compartir un acuerdo financiero que permitiera no tener que anticipar hoy los ahorros de mañana, tal como mencionó David Elvira en una de sus intervenciones. Será necesario para el sistema tener en cuenta esta saludable evolución del modelo hacia el terreno de la financiación, que actúe como contrapeso de la estrechez del margen de maniobra que supone la rigidez de los presupuestos anuales.

### El marco legislativo

La pregunta sobre la posible necesidad de cambios legislativos, formulada en la mesa de portavoces políticos, hizo mencionar a los participantes la deficiencia legislativa que supone seguir trabajando en el marco de una Ley General de Sanidad, que data de 1986, y que necesariamente debería adaptarse a la multitud de cambios acontecidos durante tantos años de vigencia. Asimismo se cuestionó la medida legislativa que supuso el Real Decreto 16/12, que no es valorada como positiva.

## Tenemos una Ley General de Sanidad, que data de 1986

Mónica García destacó la carencia de un rumbo legislativo que permita conocer hacia dónde se quiere dirigir el sistema sanitario, así como la falta de un marco legislativo y regulatorio protector en el tema de la innovación y la investigación que se desarrolla dentro el marco público, que presentan actualmente una escasa capacidad de retorno. También remarcó la necesidad de que haya más transparencia sobre la fijación de los precios y de un refuerzo legislativo sobre la financiación selectiva, con el fin de centrarse en aquellos fármacos que de verdad añaden valor a los pacientes.

Francisco Igea, por su parte, lanzó el mensaje de que se legisla mucho, se evalúa poco y no se cumplen del todo las leyes. La sanidad tiene que ser considerada como un derecho de ciudadanía y no como un derecho de aseguramiento.

## Se legisla mucho, se evalúa poco y no se cumplen del todo las leyes



Mónica García

## ■ EN BUSCA DE LA EFICIENCIA

Una parte de la mesa de diálogos entre la administración sanitaria y la industria farmacéutica estuvo dedicada a la vehiculización de propuestas de eficiencia. Quedó claro que en el ámbito de la eficiencia hay mucho margen para la mejora, pero siendo conscientes de las barreras que presenta la configuración del propio sistema sanitario. Una de ellas es la política de recursos humanos, que supone más de la mitad del presupuesto, y se halla constreñida a un estatuto y una negociación sindical, bajo la premisa casi innegociable del horario de lunes a viernes, de ocho a tres.

Hay que trabajar contra un sesgo tan negativo y poco sostenible como es la cultura de consumir sanidad

Otra barrera la constituyen la rigidez de la administración. Como apuntó César Pascual, es el debate sobre la gestión instalado ya entre los clínicos y el de la autonomía de gestión entre los gestores. Estos son los niveles



en los que se pueden dar pasos importantes para mejorar la eficiencia y actualizar los modelos.

Tampoco se puede olvidar la politización de la sanidad y falta de impacto sanitario. Además los ciudadanos cada vez muestran más poder en la defensa de sus posiciones con respecto a determinados temas sanitarios, como se ha visto en los cambios organizacionales de Granada o Madrid que han tenido que revertirse por la presión popular. Todo ello puede constituir también una barrera para algunas medidas de mejora de la eficiencia que debe ser tenida en cuenta y anticipada en los escenarios de cambio.

Maximizar la eficiencia es algo transformacional y esto tiene que ver con la cultura instalada en el sistema y con la evolución de la propia sociedad. Hay que trabajar contra un sesgo tan negativo y poco sostenible como es la cultura de consumir sanidad. Por otro lado, la demanda sanitaria ha cambiado radicalmente y se puede sintetizar en dos conceptos: envejecimiento y cronicidad. La evolución de la pirámide poblacional ocasiona cada vez con mayor frecuencia que personas de elevada edad ingresen en los hospitales y, como no tienen dónde ir, se queden durante meses, a un coste de 800 euros diarios. Este camino de ineficiencia es inviable para el sistema, con un problema añadido: el propio sistema tiene incentivos para que eso siga siendo así, porque los profesionales cobran por actividad y el presupuesto depende de la actividad.

### **Propuestas de eficiencia**

Es imprescindible la revisión del modelo de gobernanza del SNS, como señaló con claridad Javier Ellena, donde se esconden (aunque son visibles) una serie de ineficiencias que hay que hacer aflorar entre todos, ya que hay espacio para avanzar. La bibliografía al respecto muestra que existen márgenes de mejora en torno al 30%. Cambiar, sin embargo, necesita un refuerzo del modelo actual, donde podría haber un hiperconsumo de sanidad, fuente de ineficiencia, retroalimentado quizá en parte por los propios profesionales.

A la hora de elaborar propuestas hay que reflexionar primero que si la eficiencia no es la deseable puede ser o porque falla el numerador –la eficacia- o el denominador –el coste-. Hablamos de eficiencia en general, pero siempre hay que analizar los dos factores que la definen para emprender las acciones adecuadas. Una vez elaboradas las propuestas, dependiendo de sus características es necesario elegir los destinatarios correctos. Las propuestas ‘micro’ deben ir a hospitales, atención primaria, gerencias o servicios de farmacia, las propuestas “meso” a los servicios de salud o las consejerías, y las grandes propuestas, por ejemplo de organizaciones como Farmaindustria, directamente al nivel “macro”, al gobierno.

Según la visión de César Pascual, las propuestas de eficiencia cada vez van a tener menos impacto en los clínicos como agentes de vehiculizarlas. Es-





Javier Ellena

## Es imprescindible la revisión del modelo de gobernanza del SNS

tos se van a ver abocados a hacer más gestión clínica, porque la eficiencia no viene tanto afectada por la decisión de un clínico como por la propia organización del sistema. Hay que tener en cuenta que se realizan millones de actos clínicos cada día, por lo que las responsabilidades se diluyen mucho y es muy difícil aplicar remedios. Sin embargo si la organización apuesta por la eficiencia, los errores se pueden reconducir.

En cuanto a la colaboración de un agente del sector sanitario tan importante como es la industria farmacéutica, su colaboración con la administración es una fuente añadida de proyectos y planes que pueden y deben aportar eficiencia al sistema, más allá de la mera relación de la venta de fármacos. El sector farmacéutico lleva años actuando con di-

ferentes modelos y programas a todos los niveles: central, autonómico y local. A nivel nacional, la industria farmacéutica ha ayudado a la gestión del gasto farmacéutico general a través de pactos, protocolos y acuerdos. Más recientemente, hemos visto una proliferación de fórmulas que tienden a disminuir la carga del impacto, y por tanto la eficiencia, de lo que la industria provee al sistema: acuerdos precio/volumen, riesgo compartido, aplicación de techos de gasto, descuentos comerciales, limitación de los medicamentos a utilizar en una determinada población o limitación de quienes pueden ser los prescriptores.

Contemplando los grandes y crecientes retos de la cronicidad y el envejecimiento, donde se necesitan tantos recursos, otra manera posible de generar eficiencia es liberar tiempo de los profesionales aprovechando las tecnologías que facilitan que la atención y el seguimiento no tengan que ser cara a cara, gracias a la posibilidad de monitorizar al paciente a distancia.

## Las propuestas de eficiencia cada vez van a tener menos impacto en los clínicos como agentes de vehicularlas

### Las tres velocidades del sistema

Por sistema sanitario debe entenderse el global de los agentes que participan en él, incluidos obviamente los pacientes –con su entorno cercano– y la población general, cuyas enfermedades deben ser prevenidas, tratadas o curadas, en beneficio de ellos y del propio sistema. Todos los agentes tienen que colaborar y ser conscientes y responsables de su papel. De lo contrario, el sistema no conseguirá la eficiencia perseguida. Pero no todos van a la misma velocidad. Fue este un concepto muy interesante que lanzó a escena Carlos Mur durante la moderación de la mesa de Portavoces de Sanidad.

La administración sanitaria va a una velocidad, la industria que aporta investigación, innovación y nuevas moléculas o tecnologías va a otra y, lo que es más preocupante, las demandas de la ciudadanía van a otra muy distinta. Parece que tenemos, por tanto, 3 velocidades en el sistema que no acaban de encajar bien en cuanto al manejo de los tiempos para poder hacer todo compatible y establecer las sinergias adecuadas en cada momento.

Mónica García aportó su visión, manifestando que cree que existe un freno programado en la administración, porque quienes trabajan en los hospitales ven que la medicina va a una velocidad (médicos, enfermería, farmacéutico) hasta que se llega a la planta gerencial, donde va a otra. Las



Carlos Mur

direcciones, las gerencias y hasta la política, que no están en contacto directamente con la realidad, van a otro ritmo. Habría que plantearse por qué se va a otra velocidad, teniendo todo el sustrato adecuado: los profesionales, los pacientes, las infraestructuras. Este freno supone a los profesionales de la sanidad pública un desincentivo, porque cualquier avance en su práctica diaria se encuentra con un freno a un nivel más alto.

El sistema de salud está compuesto por el sistema público y el sistema privado de forma complementaria

La administración, en resumen, está gestionando un sistema sanitario, que es ágil y dinámico, desde un punto de vista estático. Por tanto, hay una velocidad a la que va la industria, que es la velocidad del mercado, en los centros rige la velocidad de la administración y los pacientes van a su propia velocidad, a la que pueden. Está claro que la falta de equidad, la pérdida de sensación de calidad o de valoración de los profesionales y la falta de integración de muchos agentes del sector puedan estar relacionados con tener un sistema que, por su armazón legislativo o por otras razones,

no solo va a velocidades diferentes sino que además no da cabida a una cierta velocidad en la innovación. La sincronización de todas estas velocidades haría sin duda un gran favor a la eficiencia.

### **Colaboración público-privada**

Javier Ellena aportó también una reflexión muy interesante en cuanto a la mejora de la eficiencia recordando que el sistema de salud está compuesto por el sistema público y el sistema privado de forma complementaria. No nos debemos permitir como país tener dos sistemas que están de espaldas, cuando los ciudadanos tienen largas listas de esperas y ven las diferencias que existen en los procedimientos médicos o en las prestaciones de servicios en los sistemas sanitarios autonómicos. Trabajar en la dirección de una convivencia sinérgica de ambos sistemas aportaría eficiencia al sistema y beneficio a la población.

### **En un plazo de 5-10 años, ¿esta situación cambiará o seguirá igual?**

A esta pregunta de cierre de la mesa de diálogos entre la administración sanitaria y la industria farmacéutica, Javier Ellena contestó: *"cambiará porque esto no sobrevive"*. César Pascual, por su parte, dijo: *"cambiará, pero si no sabemos dónde vamos, llegaremos donde no queremos."*

## **ORIENTACIÓN A RESULTADOS**

Hasta llegar al momento actual, el sistema tuvo que dotarse primero de más equipamientos, hospitales y centros de salud, especialmente cuando se hizo el salto de un modelo de cobertura parcial amplio, como era el de la Seguridad Social, a uno de cobertura universal. Después entró en una fase estructural de reposición y actualización para, a continuación, entrar en otra de gestión de los procesos y organizaciones. Ahora, con unos procesos más o menos ordenados y una sistematización de la asistencia llega el momento de comprobar si todo eso cumple con la finalidad para la que está designado en términos de resultados: que la población viva más años y con mayor calidad de vida.

El balance de las políticas sanitarias y de su gestión solo lo legitiman los resultados obtenidos. No vale la simplificación de bueno o malo, es imprescindible ser capaces de medirlo y compararlo. Por lo tanto, el debate debe estar tanto en los resultados como en los procesos, cuando en muchas ocasiones ocurre que el debate se centra solo en los procesos sin haber valorado los resultados. Pero no hay que olvidar, y Patricia Gómez lo destacó así, que los resultados por sí solos tampoco nos ayudan en exceso, si no se miden y comparan bien y en profundidad, por lo que es preciso dar un salto cualitativo y trabajar con un enfoque de gestión basada en la evidencia y de política basada en la evidencia. Medir para conocer y com-



Patricia Gómez Picard

pararse unos y otros es el motor esencial del cambio y de la innovación. El cambio de paradigma de los resultados en salud comienza por medir, definiendo antes con precisión qué se va a medir. Sin embargo, todavía no está claro, ni en el conjunto del sistema ni en muchas de sus partes, qué se está midiendo actualmente, lo que habría que medir y cómo hacerlo.

El balance de las políticas sanitarias  
y de su gestión sólo lo legitiman  
los resultados obtenidos

### No se aprovechan los resultados disponibles

Medir resultados no es fácil en una organización compleja como la sanitaria, y tampoco lo es desde el punto de vista de la práctica clínica. En nuestro país, los resultados no constituyen aún uno de los fundamentos desde el punto de vista de la organización y la acción de los servicios de salud autonómicos o del SNS, aunque en estos momentos ya se dispone de una gran cantidad de información y de datos, es decir, que el conocimiento está. Lo que se necesita es método para ponerlo al servicio de quien tiene que articular todos estos mecanismos: gestores y clínicos. Y también hay

que ampliar la visión, un tanto limitada por la costumbre. Como señaló Patricia Gómez, a veces se hace 'gestión basada en la costumbre', mientras que los sistemas y el entorno evolucionan. Un ejemplo válido es el reparto de presupuestos a las áreas de salud, realizado en muchas ocasiones en función de las series históricas, que debe dejar paso a la entrada de otras variables: demográficas, envejecimiento, cronicidad, etc.

## A veces se hace "gestión basada en la costumbre", mientras que los sistemas y el entorno evolucionan

José María Vergeles expresaba que, en su opinión, en la mayoría de las comunidades existen unos buenos sistemas de información y una gran cantidad de datos, muchos de los cuales se desconocen. Hay una clara asignatura pendiente en los métodos de explotación de los datos existentes, ya que los sistemas de información actuales no son capaces de utilizarlos eficazmente y, por tanto, no favorecen la transición hacia una gestión basada en resultados. Tampoco colabora a un correcto manejo del dato su marcada orientación cuantitativa. Los sistemas de explotación que se están utilizando se enfocan al cumplimiento de cuestiones más cuantitativas



José María Vergeles



que cualitativas. Como ejemplo práctico, Patricia Gómez quiso destacar que los sistemas de prescripción corporativos deben evolucionar de una gestión del medicamento de carácter más fiscalizador (control, precios, envases...) a un enfoque de reflexión, incorporando las ayudas suficientes para permitir tomar decisiones de calidad. Introducir más variables cualitativas y una utilización masiva de los datos disponibles abre una perspectiva importantísima para lograr llevar los resultados a las decisiones clínicas y de gestión, haciéndolas cada día más basadas en la evidencia.

El SNS no ha potenciado la cultura de medir ni la cultura de compartir y cuando mide, mide actividad no resultados, algo que pone manifiestamente en evidencia la enorme variabilidad de resultados que muestra el sistema sanitario. Sería deseable que las comunidades autónomas desarrollarán la generosidad de compartir sus mejores prácticas para poder replicar modelos de éxito y reducir la variabilidad, lo cual haría nivelar por arriba la calidad de las prestaciones y ganar en eficiencia y equidad. A través de la gobernanza, como sugirió Javier Ellena, se debería establecer un modelo de colaboración y generosidad que comience previamente por medir y establecer prioridades.

Introducir más variables cualitativas y una utilización masiva de los datos disponibles abre una perspectiva importantísima para lograr llevar los resultados a las decisiones clínicas y de gestión

Medir y poner los resultados que ya tenemos, o podríamos llegar a obtener, encima de la mesa significa una oportunidad enorme de mejora, ya que obligaría a muchos profesionales a abandonar su zona de confort. Ambos, sistema y profesionales tienen que potenciar también la transformación digital, porque es la herramienta que permite medir y permite ser más eficientes con los recursos económicos disponibles en cada momento. Sin embargo, hay un importante obstáculo para ello, que es el de la escasa proactividad de nuestro país, que en este caso se vincula a la esfera micro, donde profesionales y pacientes implícitamente vienen prestando ya importancia a los resultados. Del nivel de la clínica hacia arriba, según se asciende a los distintos niveles gerenciales se pierde proactividad y, cuánto más arriba, más se pierde, en opinión de José Manuel Martínez Sesmero. Esto puede tener que ver con el clima de competencia que no favorece la transparencia, la cooperación y la generosidad en el intercambio de datos y prácticas mencionados anteriormente, que generarían más valor que la propia información que se pueda obtener de esos mismos datos.

### Gestión basada en resultados

Como concepto general, la gestión basada en resultados merece prestar una gran atención al mensaje a trasladar a los distintos agentes del sistema, que debe ser único para evitar problemas semánticos. De lo contrario, ocurrirá que unos gestionarán a nivel micro basados en la evidencia, otros gestionarán a nivel meso, basados en los procesos, y los políticos gestionarán basados en resultados. Otro hecho a considerar es preguntarse qué mecanismos tiene o tendrá el Consejo Interterritorial para poder configurar y evaluar resultados y poner así en marcha el proceso.

Las reflexiones anteriores fueron realizadas por José María Vergeles. A estas se añadieron la matización de Antonio M<sup>a</sup> Sáez Aguado, quien señaló que el cambio de paradigma de orientación a resultados tropieza con algunas barreras, al ser difícil concretarlo en el tiempo, especialmente en el corto plazo, ya que formamos parte de un sistema que no facilita dicho cambio. Mencionó además que se debe hablar de gestión basada en resultados también en el ámbito de la práctica clínica.

### Faltan datos, preferencias y participación del paciente

Todos los participantes del coloquio interautonómico 'Gestión basada en resultados' coincidieron en la necesidad de incorporar las preferencias de los pacientes en cualquier intento de aplicación de una gestión basada en



De izq a dcha, Antonio M<sup>a</sup> Sáez Aguado, Boi Ruiz, Patricia Gómez Picard, José María Vergeles



resultados. No basta con una decisión terapéutica basada en un impecable ensayo clínico, porque no se estaría haciendo gestión basada en la evidencia. La efectividad esperada de los medicamentos se sustenta más en ensayos clínicos controlados, aleatorizados y mucho menos en la práctica clínica, en los datos del mundo real. Trajo a colación al respecto Antonio M<sup>º</sup> Sáez Aguado una reflexión de un simposio sobre los datos de la vida real en el que había participado: *“si ahora tenemos que utilizar datos del mundo real, ¿en qué mundo hemos estado viviendo?”* La respuesta es: en un mundo controlado, aleatorizado, que no es exactamente el mismo que el de la práctica clínica o el de la percepción que tienen los pacientes. Esto constituye una barrera para el cambio de paradigma.

“Si ahora tenemos que utilizar datos del mundo real, ¿en qué mundo hemos estado viviendo?”

En la historia clínica actual, los datos del paciente relativos a su situación, calidad y percepción de lo que recibe no aparecen, lo que supone un claro déficit de valiosa información. Tener estos datos serviría para medir resultados en términos de calidad de vida percibida por los propios pacientes. Esto es algo que puede tardar mucho en incorporarse. No obstante, se debe tener en cuenta, en un área tan cualitativa, la subjetividad que supone hablar de “que me traten bien”. Si se pregunta a dos personas qué entienden por “tratar bien”, serían distintas las percepciones y las preferencias que mostrarían. En cualquier caso, esto no debe ser una barrera que impida aspirar a conocer lo que piensan y sienten los pacientes.

En lo que sí hay un cierto grado de acuerdo, como marco general de referencia, es en lo que el ciudadano enfermo pide al sistema a nivel individual. Según detalló Boi Ruiz, por orden de importancia:

1. Que me curen o alivien, por este orden de prelación
2. Que me traten bien, adecuadamente, como una persona (humanización)
3. Que lo hagan lo más rápido posible
4. Que sea lo más cerca que se pueda de mi domicilio
5. Que no salga del sistema con algo con lo que no he entrado (seguridad)

En cuanto al resultado del medicamento, la relación más habitual de la industria farmacéutica es con el financiador, no con el sanitario, en un marco basado en volumen, precio y pago y vinculada a un factor discutible como es el PIB. Los profesionales sanitarios y los pacientes deben habitar ese escenario, aportando la valiosa perspectiva de la relación entre el usuario y el intermediario o prescriptor. El paciente tiene que estar cada día más inmerso en la coparticipación en las decisiones que afectan a su



Boi Ruiz

salud. Este es un concepto que hay que explicar desde los distintos niveles: al paciente en la consulta, a la gerencia de hospital o de primaria, al servicio regional de salud y a nivel nacional.

Los datos referidos de pacientes deben formar parte clave de la definición de resultado en salud, porque, en definitiva, quien sufre la enfermedad y sus manifestaciones y convive con un tratamiento es el paciente. Esos datos, agrupados y llevados a la cima de la pirámide decisora, tienen que ayudar a la toma de decisiones y ser tenidos en cuenta para poder desinvertir, reinvertir y velar por el mejor estado posible de salud.

### ■ RESULTADOS Y DATOS COMO CAMINO HACIA LA EFICIENCIA

La primera reflexión sobre este tema está relacionada con la introducción de cualquier medicamento, que necesariamente pasa por el aporte de resultados recogidos en los estudios previos a su lanzamiento. Si no hay resultados que avalen la efectividad, no entra en el mercado, pero el concepto de los resultados se pierde tras el momento temporal de la aprobación. Una vez que el fármaco ha ingresado en el sistema ya no se evalúan más o se evalúan poco sus resultados.

Mónica García se preguntaba en una de sus intervenciones “¿quién hace caso a los Informes de Posicionamiento Terapéutico o a los informes de las agencias evaluadoras?” El control se hace al principio, pero luego no se hace un seguimiento de los resultados en la práctica real. El foco debe cambiar a los resultados en salud y utilizar el concepto tan de moda, pero no por ello menos valioso, de los ‘*patient research outcomes*’.

Los datos referidos de pacientes deben formar parte clave de la definición de resultado en salud

Un paso sumamente importante para mejorar los resultados es el análisis y la planificación: comenzar a medir de forma sistemática qué información se tiene y definir qué se quiere medir. Eso, como señaló Gabriel Galván, debe llevar a poder identificar dónde están las áreas de mejora y cómo se pueden dar pasos adelante, ya sea desde el medicamento, la propia asistencia o las tecnologías disponibles. La forma de seguir avanzando y hacer más eficiente al sistema es mediante el uso de la información de que se disponga. En resumen, será posible realizar un abordaje mucho más eficiente desde una óptima toma de decisiones basadas en el análisis planificado de la información de resultados en salud.

### Acordar metodologías y parámetros para la evaluación

En este largo camino a recorrer, un hecho importante es la alineación para no realizar los esfuerzos de manera individual, sino integrada y colaborativa avanzando en una misma dirección y al mismo tiempo. Será necesario ponerse de acuerdo en qué se quiere medir, ya que hay muchos tipos distintos de evaluaciones. Acordar metodologías y parámetros consistentes ayudará a tomar la decisión más adecuada y homogénea posible en cada momento. Todavía existe fragmentación en las decisiones, dependiendo del sistema, la autoridad, los recursos o las comunidades, lo cual lleva a valorar cosas diferentes y generar como efectos indeseables inequidad y toma de decisiones no del todo coherentes o no alineadas entre los diferentes decisores. Tal como afirmó Gabriel Galván, una evaluación es una decisión muy importante para el sistema, para los pacientes y en última instancia para mejorar la sociedad.

Francisco Igea introdujo el concepto de los indicadores, pidiendo que el ministerio ejerza sus competencias, introduciendo estos en el sistema, llevándolos hasta el nivel local y haciéndolos transparentes, de manera que la propia competencia entre unos centros y otros, al verse expuestos a la luz pública, haga que vayan mejorando los resultados. También señaló que para aplicar la gestión basada en resultados, los datos y las preferencias de los pacientes tienen que contemplarse en el modelo de fijación de precios.



Francisco Igea

## ■ INNOVACIÓN EN LAS INTERRELACIONES

Se habla mucho de la aportación de valor de los productos y de la innovación, pero también es aportación de valor incluir a todos los agentes en las estrategias sanitarias. La incorporación de pacientes, familiares de pacientes, asociaciones y otras iniciativas relacionadas, está aportando ya un gran valor a ciertas estrategias. Otro ejemplo de posibilidad de mejora en la interrelación se da entre la industria farmacéutica y el sistema, tal como señaló Mónica García. Son dos agentes que están interrelacionados, uno como proveedor y otro como contratador (cliente). Se deben buscar todas las sinergias posibles que desplacen el centro de lo puramente económico hacia el beneficio del paciente, que todavía permanece bastante al margen. En este sentido, los profesionales también tienen que alinearse con las demandas de los pacientes.

### Innovación en las administraciones públicas

La necesidad de que también haya innovación por parte de las administraciones públicas para adaptarse a los nuevos retos, condiciona también la

forma en que se relaciona con la industria, tema al que David Elvira dedicó una parte de su conferencia. Las administraciones deben consolidar la integralidad entre armonizar y seleccionar, entre monitorizar resultados y compartir riesgos, en el marco de una estrategia pública que garantice un correcto acceso del medicamento al SNS. Todas estas acciones requieren más claridad, rigor, transparencia, participación y predictibilidad. Para ello, desde el Servei Català de la Salut se puso en marcha una instrucción sobre sus procesos de armonización, uno de cuyos objetivos era que la industria farmacéutica conociera de antemano las reglas del juego. Este tipo de instrucciones deben ser claras y contemplar circuitos, evidencias a aportar, interacciones más allá del dossier, calendarios y agentes que participan en la decisión de armonización o elección de medicamentos, incluyendo al paciente no como invitado sino como decisor. Este camino transparente permite evitar arbitrariedades y posibles inequidades en el acceso.

Las administraciones deben consolidar la integralidad entre armonizar y seleccionar, entre monitorizar resultados y compartir riesgos

Reforzar la interrelación es importante porque colabora en la alineación de los objetivos de todos. La industria debe conocer los instrumentos de selección que las administraciones utilizan, cómo se llevan a cabo las evaluaciones económicas, cómo se enfoca el coste-utilidad y cuáles son las reglas del juego, para a su vez facilitar el trabajo en las decisiones mediante la armonización de las metodologías de dichas evaluaciones.

### **Cambio de foco de la industria hacia el pagador**

En la industria farmacéutica, históricamente focalizada en su relación hacia los prescriptores, se ha producido un giro estratégico para cambiar el foco hacia el pagador, que son las administraciones, en un país como España donde alrededor del noventa de su facturación está en el sector público. Esa adaptación al nuevo contexto de aprobaciones, evaluaciones y toma de decisiones centralizadas en las autoridades sanitarias nacionales, regionales y locales, se ha producido, según David Elvira, de una manera lenta pero sin marcha atrás.

### **■ ¿ES FINANCIACIÓN LA PALABRA CLAVE?**

Quizá, apuntó Timmo Andersen, tal como se halla estructurado el sistema sanitario en España, financiación no es una correcta. El sistema se mueve con presupuestos anuales estancos, mientras que financiación es un tér-

mino económico que implica pensar y actuar a largo plazo. La industria farmacéutica y otros proveedores del SNS -los que construyen edificios, venden tecnologías y servicios- quizá se vean abocados a cambiar de un modelo de pago a uno de financiación.

## En cuanto a inversiones, hay que innovar buscando fórmulas de invertir de otra manera, a través de sistemas de colaboración público-privada

Se habla mucho de infrafinanciación del sistema, pero Antonio Fernández Campa puso sobre la mesa el ejemplo reciente de la crisis económica, que repercutió en todo el gasto público, no solo en el sanitario, y donde al final, con menos presupuesto del que había en 2009, los datos de actividad muestran más consultas, más intervenciones quirúrgicas, más sesiones en hospitales de día o más ingresos en hospitalización a domicilio. Los resultados de salud también han mejorado, no se ha reducido la esperanza de vida, ni ha aumentado la mortalidad infantil. Por tanto, la realidad es que se ha hecho más con menos, buscando fórmulas individualmente para poder hacerlo, fórmulas obligadas por la necesidad.

Durante los últimos años los ajustes presupuestarios y la contención del gasto se han concentrado en tres apartados:

- Retribuciones del personal (tanto las retribuciones como la contratación)
- Inversiones, donde es más sencillo poder realizar ajustes
- Farmacia

El recorte en inversiones, según Antonio Fernández Campa, ha obligado a innovar, buscando fórmulas de invertir de otra manera, como se ha hecho en Galicia con la construcción de un nuevo hospital en Vigo a través de sistemas de colaboración público-privada, pagando "a plazos" e incorporando al constructor en la gestión de riesgos actuales y futuros. Hay posibilidades de incidir en la financiación sin necesariamente incidir en la calidad de la asistencia.

Con la crisis alejándose lentamente, y a la vista de los resultados de los últimos años, sería bueno mirar puertas adentro y ver si hay eficiencia en lo que viene realizando, porque entonces el problema no es tanto de suficiencia o insuficiencia financiera, sino de eficiencia. En cualquier caso, hay lo que hay, como dijo muy pragmáticamente Timmo Andersen. Quienes conforman el sistema tienen que dar respuestas a preguntas concretas como ¿qué medimos y cuáles son los objetivos?, y definir qué



Antonio Fernández Campa

se entiende por éxito: ¿gastar el dinero, cumplir con el presupuesto o dar valor a los ciudadanos?

El riesgo de la existencia de infrafinanciación es que haya áreas donde es posible ahorrar costes, pero provocando que estos se desplacen a otras. Por ejemplo, si no se hace prevención en diabetes, habrá pacientes que acabarán entrando en el sistema con gastos más altos. Si hay áreas en las que no se invierte a largo plazo, salvo cada presupuesto anual, el gasto vendrá en otras áreas diferentes más adelante, diferido en el tiempo. Esto es algo muy peligroso no solo para la sostenibilidad actual del SNS, sino para la futura.

### **Financiación y gasto sanitario en las CCAA**

El gasto sanitario supone un 40% del presupuesto de algunas comunidades. Hablando en términos de gasto público total de todas las administraciones, puede cifrarse en el 13%. Si se referencia al PIB está sobre el 6%, y en Farmacia, el porcentaje baja el 1%. Las perspectivas cambian mucho dependiendo de desde dónde se mire. Desde el punto de vista autonómico, las comunidades tienen comprometida cada año una parte



muy importante de su presupuesto de gasto con el dinero destinado a la sanidad. Antonio Fernández Campa comentó, a título de ejemplo, que su presidente dice coloquialmente, con los datos en la mano, que *“en Galicia nos dedicamos a dos cosas: a sanidad y a todo lo otro”*. Este dinero, que puesto en el contexto gallego supone cuatro veces el gasto en política agropecuaria y ganadera, es *“el que hay”* y obliga a pensar en cómo hacerlo mejor y maximizar la eficiencia.

## “En Galicia nos dedicamos a dos cosas: a sanidad y a todo lo otro”

Donde hay también una gran preocupación a nivel de comunidades, relacionada con la financiación, es en el gasto hospitalario, que crece y que está igualando el gasto del ámbito ambulatorio. Esta circunstancia, señalada por José María Vergeles, es crítica, porque no está definido un modelo que permita saber cómo incorporar este tipo de innovaciones al sistema sanitario, y menos desde el punto de vista cualitativo.

Un punto más de confusión en torno al gasto se produce debido al hecho de que el sistema regula la prestación a nivel central pero la financiación se hace íntegramente de forma autonómica. Pero, del otro lado, hay presta-



Mesa Diálogos



ciones de la propia Seguridad Social, como las prestaciones relacionadas con la incapacidad laboral, que se gestionan desde la comunidad autónoma pero las financia íntegramente el estado. Esta situación de confusión no colabora a valorar si la gestión es correcta o incorrecta. En cualquier caso, si el gasto lo financiara íntegramente el estado y solo se gestionase en las comunidades, quizá habría poco interés en ser eficientes, y sería necesario crear incentivos.

### Financiación finalista

Se ha apuntado el concepto de una financiación desde el estado central que acompañe a la aprobación de determinados medicamentos de alto impacto, o medicamentos huérfanos, aunque la sensación general es que se trata de una medida que podría aplicarse solo en un plazo corto, no como una estrategia de largo recorrido. Esta financiación finalista fue aplicada en el Reino Unido hace varios años, a través del Cancer Drug Fund, proyecto que ha sido posteriormente cancelado porque no funcionaba y que no integró la decisión ni la priorización de los productos innovadores dentro del sistema descentralizado británico. Como punto negativo, hay que señalar que las financiaciones finalistas se tiñen con mucha facilidad de un marcado tinte político.

El sistema debe transmitir a la industria farmacéutica lo que es innovación y lo que no lo es

### ■ VALOR Y RESULTADOS EN SALUD

En un sentido amplio, parece evidente que se debe ir a un modelo de sistema sanitario basado en el valor. Pero la palabra valor a veces es demasiado genérica, por lo que es imprescindible precisar y alcanzar grados de acuerdo en las interpretaciones y la definición de valor y, sobre todo, en sus múltiples aplicaciones a los distintos agentes, procesos y tiempos del sistema sanitario.

Para comenzar a trabajar desde un punto de partida común, el sistema sanitario debe transmitir a la industria farmacéutica lo que es innovación y lo que no lo es. En otras palabras, hacer saber que no se va a pagar por lo que no es innovación y que se va a pagar de acuerdo al valor de la innovación. Como señaló Francisco Igea, alguien se tendrá que sentar un día y decir cuánto valen dos meses más de supervivencia en un cáncer de pulmón estadio 4. Es muy importante discernir entre innovaciones realmente relevantes, que marcan una diferencia y transforman la vida de los pacientes, y diferenciarlas de las innovaciones más limitadas.

## Evaluación y momento evaluador

Todo comienza con las autoridades regulatorias, que son quienes hacen la primera evaluación, basada en estudios clínicos que demuestren bien la eficacia y seguridad, pero que tienen limitaciones: poblaciones relativamente acotadas, situaciones probablemente ideales. Esto significa que no es la única evaluación que se debe realizar. Después de esta gran primera evaluación es donde viene el debate importante: ¿Cómo incorporar otras evaluaciones que pueden ser también válidas? ¿Cómo identificar y discernir innovaciones que generan realmente un cambio en el paradigma del tratamiento, de innovaciones que aportan una mejora o beneficio marginal o incluso nulo? Ahí es donde está el debate para hacer al sistema más eficiente, porque cada país y cada comunidad tienen una forma de medir y un tiempo en el que realizar estas evaluaciones. De ahí se deriva nuevamente mucho debate en relación con el nivel de objetividad y consistencia de dichas evaluaciones: quién y en qué momento debe realizarlas.

Cada país y cada comunidad tienen una forma de medir y un tiempo en el que realizar estas evaluaciones

A José Manuel Martínez Sesmero, según manifestó, le gusta hablar del momento evaluador, porque todos los agentes realizan aportaciones cuando es necesario, pero el momento de evaluación es muy importante. El problema es que se evalúa la innovación en el momento de aterrizaje, de la llegada del fármaco, y se pierde de vista qué pasa luego en la realidad. Aparecen nuevas innovaciones que desplazan a otras, que se vuelven obsoletas, en un proceso continuo. Como decía Candela Calle, hay un proceso fundamental que es desinvertir en lo que se ha quedado obsoleto para así poder invertir en la innovación que aporta valor.

### El resultado en salud, determinante para el valor

El resultado en salud es lo más relevante para determinar el valor de una innovación. Si no hay un beneficio claro en el resultado en salud, no se está aportando innovación. Esto, que parece sencillo, es muy complejo, porque existen muchos ejemplos donde se puede ver que un medicamento disponible en un mismo país produce resultados en salud ligeramente distintos. El tratamiento puede ser sin lugar a dudas un elemento y un componente del resultado en salud pero hay otros muchos factores a considerar, como la asistencia clínica o las tecnologías disponibles en un determinado país, región u hospital. Eso hace que la práctica clínica no sea totalmente homogénea. Esto lo resumió bien Gabriel Galván al señalar



Manuel Martínez Sesmero

que las guías ayudan mucho, pero la forma de abordar las enfermedades sigue estando muy fragmentada.

“El resultado en salud es lo más relevante para determinar el valor de una innovación” La industria farmacéutica cada vez es más proactiva en el campo de los resultados en salud, con un ejemplo caro en los esquemas de pago de acuerdo al valor (*‘outcomes based approaches’*). Sin embargo, la complejidad para medir a la hora de trabajar en la ‘vida real’, viene de las diferentes plataformas disponibles en cada uno de los países, e incluso dentro de cada país.

Los farmacéuticos de hospital, según José Manuel Martínez Sesmero, interpretan el concepto de innovación asociado al aporte de valor. Trasladando esto a la innovación farmacológica, el valor se puede centrar, por un lado en aportar resultados, es decir, mejorar los resultados en salud y, por otro, en unos parámetros más clásicos: eficacia, efectividad y seguridad, comparación con otras alternativas, o conveniencia. Estas serían las variables a evaluar en el atributo de valor relacionado con la innovación, sin perder de vista que innovar es también aumentar resultados, si es posible reduciendo costes. Reducir costes es también una manera de innovar.



Gabriel Galván

### Resultados en salud y en gestión

Viendo el tema ahora desde otra perspectiva, más centrada en la administración, resultados en salud y sistema sanitario son dos conceptos que por el momento, en palabras de Boi Ruiz, no acaban de casar, lo cual genera tensiones y levanta barreras para gestionar y rendir cuentas en un SNS, que es en realidad un sistema de Seguridad Social universalizado. Por otro lado, se dispone de un volumen considerable de información y datos que no se traducen en conocimiento, a la vez que el sistema pide mucho proceso administrativo y exhibe un carácter inequívocamente cuantitativo en la demanda de prestaciones: más camas, más presupuesto, más recursos. El sistema está instalado en una realidad inflacionista vinculada a la cantidad de prestaciones. La consecuencia es que los sistemas de información están orientados a eso, igual que ocurre con la valoración del gasto farmacéutico, centrada en la cantidad y no en el resultado, es decir, en el hacer más que en el para qué, cómo y con qué consecuencias.

En cuanto a los resultados de los profesionales, según Francisco Igea, primero hay que evitar que el dedo de la libre designación llegue más abajo de donde debe llegar, que es un director general. Al resto de los profesionales hay que pedirles rendición de cuentas, resultados en salud (no económicos), en calidad asistencial y en actividad. Todos estos resultados, que son



medibles, deben decidir si el gasto o la gestión que se está haciendo es mejor en un sitio o en otro y cuando un profesional obtenga un buen resultado, debe mejorar, como ocurre en la empresa privada y si lo tiene peor, empeorar, dejando de ser jefe, gerente, jefe de sección o jefe de servicio.

Se dispone de un volumen considerable de información y datos que no se traducen en conocimiento,

### El valor en la fijación de precios

José M<sup>a</sup> López Alemany planteó una pregunta a debatir relacionada con la introducción en el precio del medicamento del concepto del valor, no solo sanitario, sino también económico. Desde el punto de vista de José María Vergales, se puede dedicar mucho tiempo al debate sobre la fijación de precios del medicamento y la incorporación de la innovación basada en el valor, pero quien fija los precios del medicamento es el Ministerio de Hacienda. Si de verdad se quiere gestionar el sistema sanitario, sería bueno que el Consejo

Interterritorial reclamase la competencia para sí. Decidir si se incluye o excluye un medicamento debe hacerse ajustado a valor, basado en la Ley General de Sanidad, y en el seno de quien debe ostentar la competencia, que es el Ministerio de Sanidad, asumiendo su liderazgo. Además, los pagadores finales, que son las comunidades autónomas, deben participar activamente ya que son quienes se van a poner de acuerdo en si la compra de ese medicamento va a ser centralizada o la decisión va a estar basada en riesgo compartido o en otro tipo de acuerdo. Este mismo discurso debería impregnar también la desinversión porque algunas cosas ya se han quedado obsoletas. La política que está viniendo del "no hacer", debe ponerse encima de la mesa.

Otro punto de vista interesante en este debate desvía la atención hacia los propios precios y no a su fijación. Es un debate que se empieza a iniciar, con preguntas como ¿es el precio de los medicamentos adecuado?, ¿son adecuados, no el procedimiento de aprobación, sino los precios en sí mismos? ¿Retribuyen suficientemente la labor de las compañías farmacéutica, suponen un retorno suficiente en investigación?

Volviendo al debate de cómo incorporar el valor, no parece fácil hacerlo en la fase inicial de autorización. Hay que tender hacia un precio adecuado que retribuya la inversión en investigación, mientras que los resultados se deberían vincular sobre todo a la utilización, como destaca Antonio M<sup>a</sup> Sáez Aguado: se autoriza un medicamento con precio elevado, con unas



De izq a dcha, JM Alemany, Gabriel Galvan, Manuel Martínez Sesmero



indicaciones concretas, pero con el trascurso del tiempo se van ampliando las indicaciones, pero manteniéndose el precio, de manera que el equilibrio se rompe, habitualmente a favor de la compañía farmacéutica, que ha sido autorizada a ese precio y que ha ido ampliando indicaciones. Otras intervenciones cuestionaron esta afirmación y apuntaban a la reducción del precio en función de la incorporación de esas nuevas indicaciones.

La política que está viniendo del “no hacer”, debe ponerse encima de la mesa

Por otra parte, teniendo en cuenta la sostenibilidad, está claro que se debe ir hacia un sistema de fijación de precios distinto, basado en el valor, planteando preguntas como ¿cuánto estamos dispuestos a pagar, cuánto vale un mes de vida, de calidad, en un paciente?

#### **Incorporar las preferencias de los pacientes**

Según señaló José Maria Vergeles, actualmente, cuando se fija el precio de los medicamentos no se tienen en cuenta las preferencias del paciente ni de los profesionales sanitarios. Pero es que tampoco intervienen los con-



Antonio Saez Aguado

sejeros de sanidad, ni siquiera el Ministerio de Sanidad, sino el Ministerio de Hacienda. Patricia Gómez comentó por su parte que las comunidades autónomas tienen poca participación en temas tan relevantes, sensibles y opinables como pueden ser la participación económica de los ciudadanos (copago), la entrada de nuevos fármacos, o los precios. En este contexto, el camino es trabajar juntos en el precio del medicamento basado en valor, aumentando las competencias para poder hacerlo y teniendo claro en que deben participar los ciudadanos dentro de la toma de decisiones.

Además, Antonio M<sup>a</sup> Sáez Aguado reclamó la incorporación de información de calidad de vida y de preferencias en los estudios de utilización de los medicamentos a partir de los datos clínicos de la vida real.

### ■ PAGOS, EVALUACIONES Y COMPRAS

El método de pago clásico tiene que evolucionar, y lo está haciendo. En las comunidades autónomas se están produciendo valiosas iniciativas. En Cataluña está incorporado en el pago el concepto de riesgo compartido basado en resultados y se ha acumulado una notable experiencia práctica en esta metodología. David Elvira, en la parte de su conferencia centrada en aspectos operativos relacionados con el pago, apuntaba las siguientes reflexiones: *“Si el problema es de riesgo compartido en resultado, porque la evidencia disponible no es suficiente, entonces que sea de verdad porque la evidencia no es suficiente, porque si después de un año o dos acabo teniendo un descuento del 5% con los costes de transacción y de monitorización de un riesgo compartido, tener los mismos resultados del estudio pivotal ocasiona que los costes sociales sean excesivos y el acuerdo podría haber sido entonces financiero. Si lo que tengo es algunas dudas sobre el resultado, se debe tener claro cuál es el resultado que es necesario monitorizar y poner el riesgo en ese resultado”*.

“Incentivar que las compañías adopten el máximo posible sus precios financiados al valor que acaban aportando al SNS”

Por lo tanto, la rueda de la evaluación, el seguimiento y la financiación permite también disponer de registros y evidencias suficientes que hagan viable incentivar que las compañías adapten el máximo posible sus precios financiados al valor que acaban aportando al SNS.

Los acuerdos de riesgo compartido solo pueden ser basados en resultados, sino que también pueden basarse en acuerdos financieros.



## Pago por servicios

Industria y administración dialogan cada vez más sobre el pago por algo que va más allá de las propias características de los productos: los servicios. El término *'beyond the pill'* engloba todos esos servicios que pueden ayudar a reforzar el valor intrínseco de un producto y sumar valor a su incorporación al sistema. Aunque este concepto no es nuevo, su aplicación tiene espacio de mejora. Se debe pedir a cualquier tipo de servicio de valor añadido el mismo grado de evidencia que al producto al que acompaña. Comprar resultados y soluciones exige un alto grado de robustez en la evidencia. Los servicios *'beyond the pill'* podrían llegar a incorporarse al dossier de valor, y en ese caso, hay que anticipar mucho las evidencias, como apuntó David Elvira. Por otra parte, es recomendable poner límites a los servicios, porque hay materias que son y deberían seguir siendo del sistema, aunque en otros países las tengan incorporadas en sus negociaciones. Hay que ser prudentes con las estrategias que incorporan equipos asistenciales como parte de la solución.

Otro matiz a tener en cuenta en el concepto de los servicios es su vinculación a una marca o empresa concretas. Sería más recomendable encontrar y negociar soluciones de sector y dialogar con mente amplia sobre las nuevas estrategias que van surgiendo, como el *'home delivery'*. La administración solo podrá comprar aquello que sea sostenible en el tiempo y por tanto la solución o el servicio, cuando se diseñan, deben ser sostenibles en el tiempo. No puede ocurrir que un paciente tenga un servicio hoy que mañana no tendrá y hay que estudiar como blindar la sostenibilidad de algunos de estos servicios vinculados a producto.

Se debe pedir a cualquier tipo de servicio de valor añadido el mismo grado de evidencia que al producto al que acompaña

## Análisis Multicriterio

En el Servei Català de la Salut, existe el objetivo de pasar de una evaluación muy basada en los modelos farmacoeconómicos a introducir el análisis multicriterio como elemento de decisión, como una herramienta para transparentar aquello que se negocia en un despacho, que son los aspectos cuantitativos y cualitativos diferenciales que muchas veces no forman parte del dossier de valor que se discute. Retomando el tema del capital reputacional, David Elvira afirma que el multicriterio va a favor de la industria y de la administración en este sentido. Se elimina arbitrariedad y se gana equidad y eficiencia.



David Elvira

Como en todo proceso innovador, el cambio no tiene necesariamente que ser brusco y disruptivo. Lo más adecuado es seleccionar algunos ámbitos donde es recomendable saltar de la evaluación económica clásica a la evaluación multicriterio. Para ello es preciso explicar y ponerse de acuerdo en cuáles son los criterios cuantitativos y cualitativos que permiten tomar decisiones públicas no dicotómicas de acceso al SNS del medicamento.

No es lo mismo una supervivencia de un mes cuando la esperanza de vida es de tres meses, que cuando la esperanza de vida es de diez años y en este dilema, los modelos clásicos no discriminan.

El análisis multicriterio puede comenzar a aplicarse allí donde haya un medicamento huérfano o cuando la discusión sea muy de nicho. Permitirá aprender a utilizarlo y supondrá transparentar las decisiones en estos ámbitos. En los medicamentos huérfanos el coste utilidad no funciona,

la evidencia es tan débil que suele ser mejor la estrategia y perspectiva multicriterio para el posicionamiento terapéutico. Y algo similar pasa en algunos nichos, por ejemplo en ciertas áreas de la oncología.

Otra utilidad del análisis multicriterio es que permitirá avanzar una cierta predicción sobre qué se espera en el dossier de valor por parte de la administración pública, más allá del dossier de valor clásico, muy basado en un modelo farmacoeconómico y traducido muchas veces de modelos internacionales, incluso con arbitrariedades sobre el uso de los costes y con discusiones éticas sobre el valor. No es lo mismo una supervivencia adicional de un mes cuando la esperanza de vida es de tres meses, que cuando la esperanza de vida es de diez años y en este dilema, los modelos clásicos no discriminan.

### **Posicionamiento terapéutico europeo**

Al pagador no solo le preocupa la autorización, que es automática una vez obtenida la autorización europea, le preocupa más bien el posicionamiento terapéutico que se hace de los productos. Y hay algunos elementos del posicionamiento terapéutico que no se pueden basar en el estudio pivotal y exclusivamente en el EPAR. Es necesario contar con todo el arsenal de información disponible para saber dónde posicionar el nuevo medicamento. Para algunas terapias este esfuerzo podría, y quizá debería, ser europeo. Obviamente, el posicionamiento europeo no incorpora precio, pero aquí se está hablando de todo lo otro que no es precio. Podrían crearse algunas sinergias e incluso plantear y escalar economías a nivel europeo y a nivel de las propias administraciones estatal o autonómica.

### **La asignatura pendiente de la compra pública**

En España, con estadísticas en la mano, todavía se hacen muy poca compra pública innovadora, muy pocos acuerdos de riesgo compartido y hay pocas relaciones de partenariado a largo plazo. Todo ello no deja de suponer un freno a la innovación. La industria farmacéutica tiene que adoptar una actitud proactiva y ofrecer a la administración pública soluciones más maduras, más evolucionadas, por ejemplo en compra pública. En los equipos de RRII deberían estar presentes expertos en compra pública. Hay que construir soluciones para la administración sanitaria cuando lo que se quiere es comprar innovación.

Es curioso, comentó David Elvira, que los deberes para dar la solución de compra siempre están del lado de la administración pública y no formen parte del dossier de valor. Se presentan evidencias económicas, evaluaciones farmacoeconómicas, recordatorios de los EPARs, pero en cambio no se aportan soluciones para el problema de la compra pública. Eso también es una pieza que tiene que formar parte del puente del diálogo entre una industria que tiene el 95% de su facturación en la administración pública y la propia administración pública, que arrastra dificultades presupuestarias.



De izq a drcha, Carlos Mur, Francisco Idea, Mónica García

Desde otra perspectiva diferente, apoyada por la realidad del día a día, Francisco Igea y Mónica García señalaron que hay una parte importante de las compras de los hospitales que se hace a través de compras menores, lo que significa no seguir fielmente el modelo establecido por la ley. Esto lleva a reflexionar si lo incorrecto es el modelo o la laxitud frente al incumplimiento. La manera de solucionarlo, más allá de la aplicación de la ley, es apostar por la transparencia y la rendición de cuentas. Saber cuánto gasta un determinado servicio y qué resultados consigue deber ser el modo de gestionar.

Saber cuánto gasta un determinado servicio y qué resultados consigue deber ser el modo de gestionar

#### ■ ALGUNAS TAREAS PARA EL FUTURO

Deberemos encontrar y compartir nuevas soluciones, desde la colaboración de todos los actores del sistema sanitario, que permitan mantener sanos al sistema y a la población. Algunas de las tareas o ideas sobre las que se debe reflexionar se muestran a continuación.

## Industria farmacéutica y otras empresas del sector salud

Las compañías deben aportar soluciones en el proceso de compra y adquisiciones y dotar de mayor robustez a los servicios *'beyond the pill'*. Tienen también que trabajar en los dossieres para personalizar las soluciones corporativas ofrecidas. Los dossieres siguen mostrando una excesiva estandarización.

Otro terreno a explorar son las oportunidades de la compra pública de innovación, que no es lo mismo que compra pública innovadora. La compra pública de innovación permite probar soluciones *'beyond the pill'* o soluciones basadas en resultados.

El portafolio es también un capital de las empresas y se tiene que poner en valor

Es bueno que las compañías puedan explorar y explotar su portafolio. Esto es algo que se hace en los hospitales pero no se hace con el pagador regional y es un tipo de diálogo que, según asegura David Elvira, en los casi dos años que lleva en su cargo ha sido difícil que alguna compañía pudiera incorporar ese tipo de iniciativas. El portafolio es también un capital de las empresas y se tiene que poner en valor.

## Instituciones e industria juntos

La administración sanitaria tiene que dotarse de elementos de innovación institucional y no regirse solo por un modelo clásico de compra. Debe explorar al máximo la ley de contratos o incluso pedir, ahora que existen directivas europeas, mayor margen en la capacidad de compra. Ese es un terreno donde se pueden tender puentes conjuntamente.

La administración sanitaria tiene que dotarse de elementos de innovación institucional y no regirse solo por un modelo clásico de compra

Las reglas de compra y de gestión no son propias del siglo XXI porque es muy difícil comprar servicios asociados a los fármacos y son muy numerosas las restricciones desde el punto de vista de la financiación. El modelo de precios, de compra y de financiación tiene que resolver este desequili-

brio histórico entre el acceso a la innovación y la sostenibilidad a través de menos incertidumbre y más colaboración con la administración.

De su lado, las administraciones deben adoptar un modelo más integral entre lo que es la evaluación, la monitorización y la financiación. Este es un esfuerzo que ya hace años se está realizando en Cataluña, según David Elvira, y que se quiere consolidar porque es necesario compartir los criterios de uso, monitorizar conjuntamente los resultados y compartir riesgos de todo tipo, tanto los de los resultados como los de financiación. El marco de evaluación ha de ir más allá del coste utilidad clásico y de ahí la apuesta clara por tener una aproximación transparente y compartida de las decisiones multicriterio al decidir que un medicamento accede o no al SNS. Otro tema a tener en cuenta, con miras de futuro, es la creación de políticas de sostenibilidad que incorporen incentivos a la óptima gestión en el uso de los medicamentos por parte de los diferentes profesionales sanitarios.

### **'Horizon scanning': anticipar información e innovación**

Hay discusiones que al final acaban dilatando una decisión de acceso porque se necesitan evidencias que se podrían haber tenido con antelación si la administración se hubiera sentado con la industria antes. Simplemente haciendo esto se pueden anticipar mejor los impactos y se habría logrado que alguna evidencia más estuviera disponible en la última decisión de precio y reembolso, que es la del pagador. Por tanto, el gran reto de abordar la innovación disruptiva desde el punto de vista de la sostenibilidad del SNS pasa por los deberes que tienen que hacer la administración sanitaria y la industria de un diálogo franco y abierto para anticipar aquello que viene con suficiente tiempo.

Esta es una de las razones de la puesta en marcha del proyecto del radar '*horizon scanning*', como informó David Elvira, cuyo objetivo es que se compartan lo que hay en el horizonte y se pueda empezar a tener anticipadamente un diálogo sobre priorización o sobre cuáles serán los retos que van a surgir en algunas áreas terapéuticas. El comienzo de este radar será la oncología y se hará dialogando con la industria, que habrá que anticipar, al menos, dos años antes de su autorización. De estas conversaciones, se pueden ir definiendo priorizaciones, solicitando evidencias que superen al estudio pivotal y sirvan para el posicionamiento terapéutico. En definitiva, lo que ocurre es que las grandes barreras están en la parte final del posicionamiento terapéutico durante la negociación con el pagador, en muy pocos meses, una vez obtenido ya el precio reembolso, cuando se tenía que haber hablado de estas estrategias dos años antes.

### **Profesionales y profesionalización**

La carrera profesional se ha ido devaluando, hasta desaparecer en algunos casos. Además se apunta como sistema de selección de los mandos inter-



medios la libre designación de manera arbitraria. Frente a esto es preciso cambiar los sistemas de gestión y de incentiación, profesionalizar la gestión, caminando hacia un sistema donde sean el mérito, la capacidad, la rendición de cuentas y la transparencia la base de la gestión.

Otro tema muy relevante es la pérdida progresiva de profesionales: que emigran al extranjero. Hay que fortalecer la retención del talento y no seguir avanzando en una descapitalización de nuestro SNS, donde se forman.

### **Inequidad en el sistema**

Timmo Andersen puso sobre la mesa la competitividad que hay entre las comunidades. Existe un nivel base que se tiene que cumplir, acordado en el Consejo Interterritorial, pero cada comunidad quiere ser un poco mejor que otras o que el conjunto nacional en un área concreta, lo que crea una cierta "inflación" del nivel; no en todas las áreas, pero sí distribuido de manera desigual. Eso genera también una parte de las inequidades entre comunidades. A la vez, hay muchas oportunidades dentro de cada comunidad de tener políticas propias, de generar proyectos propios, y eso también es fuente de parte de la inequidad, como un resultado de la gestión individual. Será necesario prestar atención a esta situación y tratar de estimular iniciativas de compartir y transparentar prácticas, y avanzar por una real y práctica equidad y cohesión del SNS.





De izquierda a derecha, Timmo Andersen, José María López, Antonio Fernández Campa

Otro factor a tener en cuenta es lo heterogéneo de la realidad sociodemográfica entre comunidades autónomas. Esta es una realidad a la que es obligado adaptarse con una filosofía en el gasto que persiga poder tener atendido al paciente en su casa, mejor que en el centro de salud, mejor que en el hospital comarcal y mejor que en el centro de referencia, pero de una manera ajustada a cada situación y homogénea a lo largo del territorio para no caer en inequidades.

## Otro factor a tener en cuenta en la inequidad es lo heterogéneo de la realidad sociodemográfica entre comunidades autónomas

Las diferencias de acceso a los tratamientos en el sistema son inasumibles, para Francisco Igea. Hay ejemplos, aunque no sean de farmacia, que figuran en la página del ministerio, que ilustran bien este drama del sistema. Cuando una mujer va a dar a luz en una comunidad, el riesgo de que le hagan una cesárea oscila entre el 15% y el 30%. Y cuando un anciano se rompe la cadera en Asturias, las posibilidades de que le operen en las primeras 48 horas no llegan al 20% mientras que en el País Vasco, del 65% al 70% de estos pacientes son operados en las primeras 24-48 horas, con las diferencias de complicaciones y morbimortalidad que eso implica. La atención a la desigualdad y la sensibilidad en el acceso deben ser prioritarias en las administraciones y reforzadas en el relato político.



## Medicina personalizada

El porcentaje de pacientes oncohematológicos que son abordados con tratamiento personalizado o medicina personalizada muestra ya cifras de hasta el 30%, tal como dijo Patricia Gómez. Esto supone un incremento de valor muy importante y un aumento de la supervivencia muy considerable para patologías muy concretas y colectivos pequeños, pero con un coste elevado. Es necesaria una solución, porque se va a ir cada vez más a este tipo de tratamientos y a crecer también en el área de la genómica, con una inversión y gasto que serán elevados.

### ■ PENSAR COMO PACIENTE

El paciente tiene que estar cada día más inmerso en la coparticipación en las decisiones que afectan a su salud. Este es un concepto que hay que explicar desde los distintos niveles: al paciente en la consulta, en la gerencia de hospital (la política del área), en el servicio regional de salud y a nivel nacional. Candela Calle ilustró esto contando que uno de los valores definidos en el ICO fue pensar *'como'* paciente, no pensar *'en'* el paciente. El matiz es muy importante, porque añade un paso más que se traduce por cómo nos gustaría a nosotros ser tratados en el caso de ser pacientes.

Hay que prepararse para la medicina de "las cuatro pes": personalizada, predictiva, preventiva y participativa

Al paciente, que es la razón de ser del sistema de salud, hay que garantizarle equidad de acceso y una misma cartera de servicios para poder ofrecerle lo que necesita en cada momento. Los profesionales y el sistema se deben comprometer a tener registros suficientes de toda la información y documentación, que cada vez es mayor, y a evaluar los resultados. Hacer todo esto es también poner al paciente en el centro y prepararnos para la medicina personalizada que cada vez más va a estar más presente, y para la medicina de "las cuatro pes": personalizada, predictiva, preventiva y participativa.

### Orientar la organización hacia las necesidades de los pacientes

La verdadera orientación de la organización hacia las necesidades de los pacientes sería poder llegar a tener hospitales absolutamente líquidos que tuvieran herramientas de contacto con el paciente, que facilitarían el acceso a la cartera de servicios; hospitales con una tecnología altísima, qui-

rófanos y estructuras orientadas al paciente crítico, así como una atención comunitaria absolutamente accesible que diera respuesta a las urgencias de alta resolución, de manera que el paciente no tuviera que ir al hospital. Esto significa hablar de una primaria con recursos, que solventara lo que el paciente necesita en cada momento, con tecnología tanto de radiología como de laboratorio, evitando ir al hospital. Simultáneamente, existe un tema muy importante: la educación para acompañar al paciente, ayudándole a que entienda la nueva realidad: que no hace falta que vaya tanto al hospital o a urgencias del hospital porque puede solventar su problema de salud en su centro de salud o en un ambulatorio de atención continuada '24 horas'. Es necesaria una política de educación sanitaria.

La organización también cambiará cuando se empiece a incorporar de una manera clara a otros perfiles profesionales al sistema. Pensando de manera disruptiva, ¿por qué no incorporar más ingenieros, más físicos u otros profesionales con una orientación diferente? Ahora hay cirujanos detrás de los robots que operan. Quizás en el futuro tiene que hacerlo un ingeniero y el médico dedicarse a la gestión del conocimiento.



Candela Calle

En cualquier caso, el reto importante, para Candela Calle, es de qué manera se financia todo este cambio. Será posible orientarse hacia una organización diferente, enfocada al paciente, si la financiación va de la mano. Mientras la financiación continúe centrada en estructura, altas o sesiones de hospital de día, será muy difícil este avance.

Es necesaria la educación para acompañar al paciente, ayudándole a que entienda la nueva realidad

### Los pacientes ya están participando

Hay evidencias ya de la participación de los pacientes. Es una realidad que en muchos centros están presentes en las comisiones de los comités de ética asistencial y clínica, por ejemplo. Y está el paciente experto que aporta su punto de vista y participa en la toma de decisiones.



Angel Fernández

En opinión de Ángel Fernández, se debería elaborar una lista de acciones y establecer prioridades en cuanto a cómo facilitar y mejorar que la estructura apoye mejor al paciente. Una de las claves es escucharle, ya que quiere opinar y participar en los consejos asesores, en los Informes de Posicionamiento Terapéutico, en las comisiones de ensayos clínicos, en lo que reciben del sistema. Hay que seguir impulsando la educación activa del paciente. En salud, la formación y la educación continua son importantísimas. La forma de cambiar el discurso es hablando mucho más de salud y de prevención y menos de enfermedad, como destacó Ángel Fernández.

## El paciente participa, pero falta por formalizar mucho más su participación

El doctor Julio Zarco, un profesional convencido de la participación del ciudadano en la toma de decisiones, matizó que la participación actual no es suficiente y propuso que los pacientes tendrían que estar en las agencias reguladoras como en otros países, como Estados Unidos, Canadá o el Reino Unido.

### Dos llamadas de atención

Candela Calle citó un ejemplo sorprendente de la importancia de prestar atención a detalles que pasan desapercibidos para los profesionales y que no ayudan a la integración real del paciente en el sistema. En una encuesta reciente realizada en Italia, el 70% de los pacientes adultos manifestaron no entender la información escrita que le daban los profesionales (en Inglaterra ronda el 60%). Otro ejemplo es la renovada incidencia y prevalencia de patologías que ya tendrían que haber desaparecido.

Cambiando de foco, no se está implicando todavía al paciente en algo muy importante: la desinversión. ¿Por qué no implicarle también en este debate? Con unos recursos limitados, es forzoso desinvertir y ahí se debe implicar también al paciente.

### ■ LA NUEVA SANIDAD DESDE LA HUMANIZACIÓN

En el programa del congreso había una conferencia del Dr. Julio Zarco sobre la humanización, que sirvió para ofrecer una panorámica del concepto y de la necesidad de su aplicación práctica a todos los niveles del sistema sociosanitario, más allá del objetivo obvio de conseguir un sistema más *'amable'* con el paciente.



Existen términos y conceptos muy manejados en el entorno de la humanización, como son *advocacy*, estrategias y profesionalización de las asociaciones de pacientes, paciente activo o empoderamiento. Julio Zarco, sin embargo, es partidario de hablar de activación psicoafectiva, es decir, que el individuo interiorice su capacidad para poder cambiar cosas y tomar decisiones con respecto a su salud. Esto es algo que no se consigue con charlas, sino con herramientas más pedagógicas, más internas y más cognitivas, en un sistema que necesita que el paciente sea una variable importante de la ecuación en la toma de decisiones.

Hay que crear un marco de sociedad deliberativa, que en el caso de la humanización consiste en que los pacientes formen parte directamente de la toma de decisiones en los procesos de salud no solo a nivel micro ('mi diabetes, mi insuficiencia cardíaca') sino incluso en la esfera macro, porque la políticas tienen que estructurarse y vertebrarse en torno a la toma de decisiones compartida, es decir deliberativa, con los pacientes.

Ese modelo se apoya sobre tres puntos:

1. Pacientes psicoafectivamente activos (empoderados)
2. Liderazgo clínico
3. Una administración sanitaria que desplace, en parte, su toma de decisiones directamente a la sociedad civil

Para ello, la sociedad civil debe estar preparada, lo cual significa pacientes empoderados y liderazgo clínico. La humanización tiene que ver con los abordajes psicoafectivos de las organizaciones, los pacientes, los profesionales y los problemas. Para humanizar tienen que cambiarse los procedimientos, incorporando al paciente en su diseño y haciendo que sean más cercanos y más amables. Una sociedad abierta -la utopía de una sociedad basada en el paradigma del humanismo- debe garantizar la dignidad del ser humano, sobre todo del ser humano vulnerable y sobre todo del enfermo.

Hay que hablar de activación psicoafectiva, es decir, que el individuo interiorice su capacidad para poder cambiar cosas y tomar decisiones con respecto a su salud

Hay una intersección en el conjunto de las interrelaciones mutuas -sobre todo de los aspectos psicoafectivos- de organizaciones, profesionales, pacientes y familias, es decir ciudadanos, donde se genera un humus denominado homosfera. Sobre esa intersección es donde hay que poner el foco. El elemento de humanización y humanismo es un elemento transformador para las organizaciones, los profesionales y los pacientes, que debe convertirse a través de acciones concretas y planificadas en la palanca del cambio para conseguir un sistema sociosanitario y una sociedad más abiertos y más humanos.



## 5. Trabajo grupal por equipos

En el programa del congreso se incorporaron 4 talleres sobre temas de máximo interés para los colectivos que participan en el proceso de búsqueda de las mejores soluciones e iniciativas a las necesidades clave que surgen de la interrelación profesional de todos ellos. A continuación, mostramos las conclusiones del trabajo realizado por estos grupos, a los que se inscribieron con antelación los asistentes al congreso que así lo desearon.



Antonio Franco

## GRUPO DE TRABAJO 1

### ¿CÓMO AFRONTAR LAS NECESIDADES NO CUBIERTAS EN FINANCIACIÓN Y REEMBOLSO?

**Moderador:** D. José Vicente Galindo. Comité Organizador

**Invitado:** D. Pedro Gómez Pajuelo. Secretario General de la ONT

El objetivo del taller consistió en trabajar en grupo las necesidades y oportunidades del profesional de precio y reembolso y plasmar las conclusiones en un documento que permita su difusión a la Administración desde el punto de vista del profesional de precios. El grupo general de trabajo estuvo formado por 23 personas, que se organizaron en tres grupos para analizar tres temas concretos.

El taller se inició con una intervención por parte de Pedro Gómez Pajuelo sobre la relación de la Administración con los profesionales del precio-reembolso, cuya idea central giró en torno a lo que el responsable de la Administración espera de un profesional del *pricing* para crear una relación fructífera. Posteriormente, se dio paso al tema central del taller: las necesidades no cubiertas en la negociación de precios.



José Vicente Galindo



## PRESENTACION

### El “deber ser” del profesional del precio según las administraciones públicas (AAPP)

Pedro Gómez Pajuelo presentó su visión sobre lo que el responsable de la Administración espera de un profesional del precio. Unas expectativas que se centran sobre todo en tres cuestiones:

- **Actitud del profesional:** en cuanto a la actitud se subrayaron cualidades deseadas que permitan al interlocutor de la AAPP establecer una relación de confianza: respeto, amabilidad, bondad, escucha.
- **Conocimiento experto:** el desarrollo de la conversación que convenía seguir era el de un curso que no debiera empezar directamente con el tema del precio. Desde la Administración se espera que el interlocutor “venga preparado” que conozca el producto (resultados de estudios clínicos, efectos adversos, etc.) y no sólo de la técnica de fijación de precios.
- **Capacidad de decisión e innovación:** que sea un interlocutor válido, que pueda tomar decisiones en el curso de la negociación y que pueda comprometerse en la solución de las dificultades. Un compromiso, que incluiría la capacidad de generar propuestas innovadoras que resulten beneficiosas para ambas partes.

## POSTURAS ENCONTRADAS

La introducción generó cierta reacción en el grupo. Las intervenciones apelaron a la experiencia de una realidad distinta, en la que el profesional de precio y reembolso siente que no dispone de la información suficiente por parte de la administración para poder ofrecer modelos alternativos de financiación que permitan obtener éxito en los expedientes iniciados, unido a cada vez una exigencia más elevada de la Administración a las empresas farmacéuticas de requerimientos técnicos, sin la transparencia e información adecuada. (ensayos, estudios...).

Se alegaron además dificultades con las que se encuentran los profesionales del precio en su relación con la Administración:

- Falta de transparencia.
- Diferentes opiniones e intereses que se pueden mantener dentro de la administración.
- Tensión entre Administración central y CCAA. Esto último cuestiona cualquier acuerdo adoptado en la Administración central: “Lo que se fija en la comisión interministerial de precios no sirve en las CCAA”.

En este contexto, los profesionales dudan de la eficacia de los resultados de la negociación del último precio en la Administración central. Expresan desconocimiento de criterios en la fijación de precios. En ocasiones se

percibe más como un “mercadeo” (precios siempre a la baja), que como el resultado de un proceso de negociación racional. A ello hay que sumar las presiones que los profesionales del precio sufren de sus propias empresas farmacéuticas, lo que lleva a un desempeño profesional en el que “se tira de la cuerda” por todos los lados para conseguir los mejores resultados (en término de precio/volumen).

En definitiva, el marco de relaciones entre los profesionales del precio y la Administración carece de un marco de relación definido, que en ocasiones genera incertidumbre, y parece estar más condicionado por la necesidad de ofrecer un precio más bajo, sin poder aportar evidencias que sostengan un precio más elevado.

Se propone un nuevo escenario en el que los profesionales de precio, empresas farmacéuticas y administración colaboren en el desarrollo de un marco de relaciones transparente y estable. De fondo está la necesidad de atender los gastos que se originan por la entrada de nuevos medicamentos y el crecimiento de la demanda.

## DEBATE DE GRUPOS

Los tres grupos de trabajo creados se organizaron para tratar respectivamente cada uno de los tres temas en los que se dividió este primer debate. A continuación se muestran los resultados de cada grupo:

### Accesibilidad (transparencia)

- Publicación de criterios de fijación de precio e indicadores. Es necesario poder conocer por parte de los profesionales de precio qué criterios se van a utilizar para la fijación del precio de los medicamentos en cada uno de los procesos, para poder “afinar” el *target price* de forma predictiva y evitar plazos de negociación extensos.
- Conocimiento de las grandes líneas de tiempo/calendario para cada proceso. No sólo hablamos de procedimientos de “nuevo precio”: los procedimientos de exclusión de la financiación, nuevos formatos, nuevas indicaciones conllevan una serie de hitos que no son conocidos de forma general.
- Metodología de los procedimientos. La publicación de un procedimiento normalizado de trabajo de conocimiento por el profesional de precios evitaría contactos innecesarios para todas las partes y mejoraría los plazos de los procedimientos.
- Publicación de acuerdos de financiación de la CIPM. El conocimiento de esta información es necesario para la incorporación de alternativas en los *dossiers*.
- Transparencia en los expedientes que van a comisión. Conocimiento completo por parte del profesional de precios de la situación en la que el expediente entra en CIPM.

- Publicación de un directorio completo con competencias. El conocimiento por parte del profesional de precios de quien revisa qué/quién es quien ahorraría tiempo en contactos innecesarios (especialmente a los profesionales del MSSSI) hasta conocer quién tiene la competencia de un procedimiento concreto.
- Desarrollo de Gesfarma como herramienta de comunicación activa. El desarrollo de nuevas funcionalidades de Gesfarma podría redundar en un mejor conocimiento del estado del procedimiento e hitos alcanzados mejorando la gestión del tiempo para las partes implicadas.

### Procedimientos

- Definición y cumplimiento de plazos. La publicación de algoritmos de decisión sería de gran ayuda para la predictibilidad de los procedimientos.
- Tipo de *dossier* e información requerida. No existe un modelo estandarizado de *dossier* de preferencia por parte del MSSSI.
- Adaptación de *dossier* a cada tipo de evaluación. Hay medicamentos de distinta naturaleza (AP y AE). Adaptar el *dossier* al tipo de fármaco y evaluación (por ejemplo, multicriterio) podría mejorar el proceso evaluador.
- Comunicación y capacidad de interlocución. La elevada carga administrativa impide la fluidez en la interlocución en procedimientos clave que suponen un elevado nivel de tensión para el profesional.
- Criterios de evaluación para alternativas de financiación innovadoras. Hay alternativas de financiación que van más allá del precio que deben de ser recogidas para prever la viabilidad de los proyectos.
- Optimización de Gesfarma. Ésta es una gran oportunidad para avanzar en la interlocución y conocimiento del procedimiento al instante. Actualmente sólo sirve para la presentación de la documentación y aprobación del proyecto de resolución. Agregar nuevas funcionalidades e información a Gesfarma redundará en la mejora de la gestión del tiempo y evitará contactos (y mucho tiempo) a todas las partes.
- Comunicación de novedades y modificaciones. En numerosas ocasiones, estas informaciones se conocen por la prensa e impacta en las compañías, a falta de actividades formativas específicas en el ámbito de precios, sería de interés el conocer estas novedades directamente en foros realizados por el MSSSI.

### Asesoramiento

- Asesoramiento/validación de propuestas. Cada vez es más habitual la utilización de formas innovadoras de financiación. La estrategia de las compañías en este sentido no es de fácil modificación en las últimas fases de negociación. La oportunidad de disponer de esta asesoría en fase de consulta o en fase de negociación para proponer alternativas ayudaría a definir las estrategias con antelación.

- Difusión de experiencias previas. El conocimiento por parte del sector de experiencias previas o preferencias del MSSSI (techos de gasto) incentivaría la presentación de propuestas innovadoras de interés para todas las partes.

## PUNTOS CLAVE

1. Las relaciones institucionales de las empresas farmacéuticas con la Administración Pública se encuentran en la actualidad en un contexto de cambio significativo. A los cambios normativos y organizativos se suman, entre otros, el incremento de necesidades terapéuticas de la población y la entrada, de nuevos fármacos, muchos de ellos de mayor coste. La competencia entre las empresas farmacéuticas y las dificultades que entraña la distribución de competencias entre los diferentes niveles de la Administración añaden complejidad al proceso de fijación de precios.
2. Todo ello resulta en un incremento de la incertidumbre que afecta directamente a las empresas y en concreto a los profesionales del *pricing*.
3. La intervención previa al trabajo grupal por parte de un experto de la Administración sobre el perfil ideal del profesional del *pricing* generó diversidad de opiniones, que dieron cuenta de una relación tensa, con muchas incertidumbres y con déficits de información que los profesionales consideran necesaria para su trabajo.
4. Se han formulado propuestas que sean útiles para satisfacer las necesidades no cubiertas en materia de financiación y reembolso. Las necesidades que se han considerado más relevantes han sido en materia de accesibilidad/transparencia, procedimiento y asesoría.
5. Entre los profesionales con más experiencia se valora más la flexibilidad. El conocimiento acumulado parece ofrecerles mayores garantías para llevar adelante su trabajo. No es así para los más jóvenes o con menor experiencia en el sector/profesión, que en general, demandan una mayor formalización e información para desarrollar su trabajo. Para los primeros, la confianza se asienta más en la experiencia y conocimientos (explícitos y tácitos) y en unas buenas relaciones con la Administración. Para los segundos, en una información y procedimientos más transparentes, completos y claros. Los grupos formados combinaron ambos perfiles.

## GRUPO DE TRABAJO 2

### ¿CÓMO ASEGURAR EL PARTENARIADO CON LA ADMINISTRACIÓN SANITARIA Y OTROS *STAKEHOLDERS*?

**Moderadora:** D<sup>a</sup> Natividad Calvente. Comité Organizador

**Invitado:** D. Antoni Gilabert. Director de l'Àrea de Farmàcia i del Medicament del CSC

El objetivo del taller fue profundizar en los diferentes aspectos a tener en cuenta en los partenariados con diferentes implicados en la asistencia sanitaria: Ministerio y políticos, comunidades autónomas, servicios de salud y hospitales, asociaciones de pacientes y comunidad científica. La moderadora estuvo apoyada por las aportaciones de Tony Gilabert, único miembro del taller perteneciente a la Administración sanitaria.

Hubo 24 asistentes que fueron divididos en 4 grupos de 6 personas. Se lanzaron dos preguntas comunes que cada grupo contestó:



1. Para los departamentos de Relaciones Institucionales ¿quiénes son nuestros clientes e interlocutores?
2. ¿A quién corresponde la gobernanza en estas relaciones?

A partir de ahí, se establecieron 4 perfiles de *stakeholders*. Cada grupo fue designado con el rol de uno de estos perfiles, teniendo que contestar a dos preguntas desde la perspectiva del rol que le había sido designado:

1. Para los departamentos de Relaciones Institucionales ¿quiénes son nuestros clientes e interlocutores?
2. ¿A quién corresponde la gobernanza en estas relaciones?

Por último, la moderadora planteó una dinámica de “percepciones” basada en la identificación de palabras clave que les despertaba a cada grupo una imagen representativa de los grupos de implicados establecidos previamente. Las palabras aportadas permitieron construir un perfil descriptivo para cada imagen.

## RESULTADOS

Tras el trabajo en grupo, las respuestas a todas las preguntas fueron puestas en común obteniendo los resultados que a continuación se muestran.

1. Para los departamentos de Relaciones Institucionales, ¿quiénes son nuestros clientes e interlocutores?

Respuestas mencionadas:

- Consejerías.
- Sistema Nacional de Salud.
- Hospitales.
- Familiares y pacientes.
- Ministerio.
- Comisiones evaluadoras.
- Agencias de evaluación.
- Asociaciones de pacientes/escuelas de pacientes.
- Políticos.
- Colegios profesionales.

Durante el debate se señaló que se debe segmentar esta audiencia ya que es muy heterogénea y la perspectiva de cada una de ellas no es coincidente por lo que existen distintos niveles de interlocución que conllevan abordajes distintos:

- Nivel estatal
- Nivel regional
- Nivel local o de gestión hospi

2. ¿A quién corresponde la gobernanza en estas relaciones?

Respuestas mencionadas:

- Desde los departamentos de relaciones institucionales.
- Liderazgo colaborativo.
- Trabajo a medio plazo, transversalidad.

- Desequilibrio entre departamentos.
- Transversalidad

Un factor importante es tener en cuenta cada una de las características diferenciales con otros departamentos de la compañía que van a ser decisivos a la hora de determinar el mejor modelo de gobernanza. Asimismo, se señaló que la transversalidad de las acciones y actividades y que la perspectiva de acción tiene que tener un horizonte temporal de medio o largo plazo. Debido a estas características el modelo consensuado de gobernanza con estas audiencias se establece como un modelo colaborativo donde otros departamentos, unidades de negocio, departamento médico, departamento legal... tienen que intervenir en los procesos de toma de decisión y donde la función de Relaciones Institucionales/ Acceso ejercerá el liderazgo y coordinación de estos grupos de trabajo multidisciplinar.

## PERFILES DE IMPLICADOS

Con estas conclusiones, la moderadora establece 4 perfiles:

- A. Decisores pero no pagadores: Ministerio y políticos.
- B. Pagadores: comunidades autónomas.
- C. Los servicios de salud y hospitales.
- D. Ciudadanía afectada a través de: asociaciones de pacientes y comunidad científica.

A cada grupo se le asignó uno de los 4 perfiles con el objetivo de que contestaran a las siguientes preguntas. Sus respuestas fueron puestas en común:

1. ¿Qué habilidades, qué *skills* son necesarias tanto desde el punto de vista técnico como no técnico?

TÉCNICOS	NO TÉCNICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de diagnóstico sobre las diferentes comunidades autónomas: quién decide y basándose en qué.</li> <li>• Conocimiento del entorno socio-sanitario.</li> <li>• Conocimiento de la propia empresa, trabajar en equipo y según el momento de la negociación, contar con técnicos especialistas en distintas materias.</li> <li>• Capacidad de negociación.</li> <li>• Conocimiento asistencial y flujo de pacientes.</li> <li>• Conocimiento del marco jurídico.</li> <li>• Conocimiento de evaluación clínica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flexibilidad.</li> <li>• Visión y pensamiento estratégico: político y gestor.</li> <li>• Empatía.</li> <li>• Asertividad.</li> <li>• Escucha activa.</li> <li>• Prudencia.</li> <li>• Transparencia.</li> <li>• Resiliencia.</li> <li>• Liderazgo.</li> <li>• <i>Coaching</i>.</li> <li>• Acompañamiento.</li> </ul>



2. ¿Qué proyectos y negociaciones debemos realizar con nuestros distintos tipos de clientes?

Una vez analizadas las aptitudes y conocimientos necesarios para poder desarrollar esta función de forma adecuada, se pasó a debatir qué características son necesarias en los proyectos/negociaciones planteados a las AASS. Estos deben de ser en la medida de lo posible proyectos que **aporten sinergias** tanto al sector público como al sector privado y deben de poderse **visualizar de forma sencilla y transparente** de forma que se pueda valorar el **carácter innovador** de estos. Los proyectos deben establecer puentes y vías de **colaboración duraderas**, estableciéndose así una relación a medio/largo plazo entre ambas entidades.

El diseño de estos proyectos requieren de un **conocimiento profundo** del entorno al que se dirige para poderlos enfocar y orientar correctamente desde el inicio hacia un beneficio mutuo que alcance los objetivos de las entidades participantes.

Los proyectos o negociaciones deben de tener un carácter inminentemente **estratégico** y deben aportar a su vez un **valor añadido** al entorno sanitario y a la población en general.

Otro de los objetivos que deben de cumplir es que deben **facilitar el acceso** de las innovaciones a los pacientes a través de fórmulas innovadoras.

No hay que olvidar que la **orientación** de los proyectos debe de tener en cuenta el entorno donde se piensa implementar, nivel estatal, autonómico o local.

Estos deben ser diseñados para cubrir las necesidades buscando también las **sinergias** que se pueden generar. Como ejemplo, en el ámbito nacional podríamos alinearlos a las estrategias nacionales, en el ámbito autonómico a los planes de salud, en el ámbito local a mejorar los procesos asistenciales.

En definitiva, todos los proyectos o negociaciones deben buscar el **interés común** y la **eficiencia** para ambas partes.

Por último, cabe señalar que la razón que mueve estos proyectos es la consecución en la **mejora de la salud y de la calidad de vida** de los pacientes que es el objetivo principal de nuestra actividad. Trabajamos para y por el paciente intentando no solo que las innovaciones terapéuticas tengan un acceso rápido al mercado sino con el fin último de que estas tengan un **acceso rápido al paciente**.

## EJERCICIO DE PERCEPCIÓN

Los asistentes contestaron de forma inmediata a la visión de la imagen, sin pensar la respuesta.

1) Se les presentó una primera imagen en la que dos caballos corren a la par: representan a los políticos. Las respuestas fueron:

- Presupuestos anuales.
- Energía.
- Fuerza-poder.

2) Segunda imagen, que representaba a dos canguros en actitud amistosa: representan a las comunidades autónomas. Las respuestas fueron:

- Comprensión mutua.
- Se apoyan aunque tienen sus diferencias.

3) Tercera imagen, el coliseo de Roma: representan a los hospitales. Las respuestas fueron:

- Falta de presupuestos.
- Falta de profesionales en la gestión.
- Obras colosales sin presupuestos.

4) Cuarta imagen. Autobús rojo de 2 pisos londinense: representa a pacientes y sociedades científicas. Las respuestas fueron:

- Falta de equidad.
- Son esenciales pero no gobiernan los procesos.
- Dificultad de acceso.
- Comparten experiencias.

## PUNTOS CLAVE

1. Los implicados en la asistencia sanitaria y por tanto a quién los profesionales de MA y RRII deben dirigirse son:
  - A. Decisores: Ministerio y políticos.
  - B. Pagadores: comunidades autónomas.
  - C. Los servicios de salud y hospitales.
  - D. Ciudadanía afectada a través de: asociaciones de pacientes y comunidad científica.
2. Para dirigirse a estos implicados, se han establecido una serie de habilidades y competencias necesarias que se pueden dividir en técnicas y no técnicas.
3. Se ha alcanzado un consenso en cuanto a la tipología de proyectos que se deben dirigir a cada perfil de implicados, existiendo diferencias significativas entre ellos.
4. Las percepciones de los profesionales de MA y RRII de cada perfil implicado presentan importantes puntos a mejorar en relación al rol de cada grupo.

### GRUPO DE TRABAJO 3

## ¿RELACIONES INSTITUCIONALES, MARKET ACCESS O AMBAS?

**Moderador:** D. Jordi Domínguez. Comité Organizador

---

El objetivo del taller se centró en recoger la perspectiva de los asistentes respecto a lo que implican las posiciones de RRII, MA dentro de una compañía farmacéutica y su pertenencia de integrarlas o no en una única unidad dentro de la organización. Asistieron 23 participantes en total que, tras una introducción al tema por parte del moderador, debatieron en grupo las cuestiones planteadas por el mismo:

1. ¿Qué entendemos por relaciones institucionales?
2. ¿Qué entendemos por un *market access*?
3. ¿RRII y MA son funciones independientes?
4. ¿Cuándo una persona ejerce de RRII + MA?
5. Retos de futuro para los RRII y MA.



Jordi Domínguez

El moderador comenzó el taller comentando que externamente: “Parecía necesario explicar más y mejor a qué se dedica un RRII y un MA” pero, sobre todo, “dentro de nuestras compañías”, aunque son funciones que cada vez gozan de un mayor reconocimiento. Con esta premisa, se procedió a ir introduciendo las cuestiones mencionadas y a abrir el debate. Fue un debate muy participativo de donde surgieron importantes conclusiones.

## RESULTADOS

### 1. ¿Qué entendemos por relaciones institucionales?

- Para poder responder a esta pregunta es fundamental definir qué funciones o qué objetivos queremos conseguir y después ya se definirá si se llama RRII o MA.
- RRII es el trabajo que se hace antes de la parte de producto (“comienza antes de que llegue el producto”), aunque no acaba en el lanzamiento del producto, sino que continúa después. Además, RRII cumple una función *policy*: un RRII trata con los responsables de las políticas sanitarias y tienen el poder de influir sobre las decisiones políticas, siendo esto un punto clave. También tiene que ver con *public affairs*/asuntos públicos que tienen un fuerte enfoque a paciente y a sociedades científicas; además de trabajar con responsables políticos, instituciones, etc.
- No hay que olvidar que se están incorporando nuevos agentes al sector (por ejemplo: asociaciones de pacientes, sociedades científicas, etc.) que cada vez tienen un papel más relevante y que constituyen socios potenciales.
- En cualquiera de estas funciones/definiciones: RRII debe estar alineado con negocio.
- Una limitación que tiene un RRII es que el retorno de su labor no es tan medible como el de otros departamentos como el comercial, aunque se coincide en que, finalmente, su labor debe ser cuantificable para poder evaluar la labor: RRII y MA deben tener objetivos y sus propios indicadores.
- El “cliente” de un RRII son los decisores (por ejemplo: los directores generales) y los influenciadores (por ejemplo: las sociedades médicas, las asociaciones de pacientes, las fundaciones de los partidos, etc.).

### 2. ¿Qué entendemos por un *market access*?

- Es un concepto nuevo y, para responder a esa pregunta, es fundamental entender el momento en el que se encuentra una compañía: si tiene necesidades asociadas a lanzamientos de nuevos productos, los departamentos de MA están más presentes.
- Es una función más de gestión del medicamento, de acceso al mercado. MA es más producto, defensa de producto, posicionamiento terapéutico del producto. Cuando se lanza un producto alineado con las prioridades de las autoridades sanitarias, el trabajo es más de MA.

- La sensación es que en las compañías se da más prioridad a MA que a RRII. En este sentido, perciben un creciente interés por MA dentro de las compañías porque reconocen su importancia, pero al mismo tiempo, pone en riesgo la autoridad de MA porque: "Todo el mundo cree que puede hacer esa labor, y se le pide a la fuerza de ventas, al equipo médico, etc."

### 3. ¿RRII y MA son funciones independientes?

- Son funciones relacionadas, tienen que estar conectadas: RRII se centra en la parte relacional y la parte de MA se centra en el mercado.
- Son dos funciones que se pueden separar aunque es habitual que estén juntas en compañías de menor tamaño y segregadas en compañías de mayores dimensiones. Aun así, en ocasiones las relaciones entre MA y RRII de una misma compañía no son cooperativas o no hay la comunicación adecuada. Sin embargo, hay comunidades autónomas que no sólo tienen diferenciados los canales de RRII y de MA, sino que además piden que se haga tal diferenciación.
- A esta situación se añade el hecho de que cuando se habla de "clientes" "hay una zona de grises", de clientes que son compartidos por RRII y MA, que pueden ser de los dos (y quizá deban ser de los dos): "Ahí es donde la comunicación entre RRII y MA es clave". Se plantea la posibilidad de que haya un plan compartido por RRII y MA, igual que hay un plan de *Marketing*.

### 4. ¿Cuándo una persona ejerce de RRII + MA?

- Es muy habitual que ambas responsabilidades recaigan en la misma persona/equipo.
- Es fundamental que esa persona tenga clara la estrategia de su compañía y al mismo tiempo, conocer la estrategia sanitaria de la CCAA.
- Funciones
  - Aunque se haga RRII, MA o ambas, es esencial no perder una perspectiva clínica y esto incluye llegar hasta los decisores clave. Además, tiene que tener una visión global, de la región, de los actores clave, del mercado, etc. para tomar decisiones y priorizar.
  - Es fundamental saber identificar oportunidades para anticiparse y esto suele ser un déficit porque no siempre RRII y MA están integrados, porque no siempre la comunicación con comercial/ventas es la idónea, con *marketing*.
- ¿Qué clientes visitar?
  - Esa persona debe hacer un claro esfuerzo de priorización. Lo ideal sería, primero, enfocarse a las consejerías y después visitar los hospitales (gerente, director de farmacia, etc.) pero con un discurso claramente diferenciado. Además, médicos y responsables de farmacias también son clave.
- ¿Qué objetivos se tienen que marcar?
  - Lo prioritario tiene que ser lo ligado a la cuenta de resultados. Se tie-

ne la impresión de que la labor de RRII puede hacer perder foco de los números de tu compañía. El foco debería ponerse en el acceso a riesgo de perder peso en la tarea reputacional, de *policy*.

#### 5. Retos de futuro para los RRII y MA:

- Con las modificaciones legislativas europeas, con la nueva ley de contratos públicos, se tiene una oportunidad de que la labor de RRII y de MA ganen relevancia: "Es el momento de aportar más valor o de que se visualice el valor que aportamos".
- Incorporar el conocimiento local es fundamental para detectar oportunidades y aprovecharlas.

### PUNTOS CLAVE

De las distintas aportaciones, se llegó a las siguientes conclusiones:

#### 1. Las relaciones institucionales y el *market access* no son roles, son funciones

Para poder abordar lo que precisa cada organización a la hora de definir su estrategia de RRII-MA, es muy importante dejar claro que cuando hablamos de relaciones institucionales o *market access*, estamos abordando dos funciones diferentes, y que puede ser que las realice el mismo rol o roles distintos. Las funciones que deberemos tener en la organización serán:

- Funciones de relaciones institucionales (*government affairs y/o public affairs*): gestionan la relación de la compañía en los ámbitos gubernamentales y sus grupos de interés.
- Funciones de acceso (*market access*): gestionan el nivel de acceso del producto por parte de los prescriptores.

#### 2. Cada compañía tiene que adaptar la función a sus necesidades, y al grado de madurez del área.

Cada organización debe valorar dos ámbitos a la hora de definir cuál es su modelo ideal a la hora de generar la estrategia de RRII-MA. Estos ámbitos son:

- Necesidad de la organización:

Cada empresa debe adaptar a su portafolio de productos las funciones que precisa. Cuando se está en periodos de introducción de nuevas moléculas las necesidades se centrarán en conseguir accesibilidad de los productos (precio, evaluación y accesibilidad), mientras que cuando los productos ya han conseguido los niveles de acceso esperados, se ha de empezar a buscar estrategias para fomentar la utilización de los mismos. Basándose en estas necesidades, tendremos que definir el mix de RRII y MA.

- Grado de madurez del área:

No es lo mismo la fase de inicio del departamento, que la prioridad en la representatividad y legitimidad de la unidad y los profesionales del equipo. Mientras que, en un departamento ya consolidado, se debe marcar como objetivo el mantener o ampliar la capacidad de influencia de los profesionales del equipo.

3. Desde la función se ha de liderar la estrategia de RRII y de acceso, desde una visión integradora de otras funciones de la organización (registros, pacientes, *marketing* y ventas).

Desde la unidad de RRII-MA, se deben liderar las estrategias relacionadas con las funciones definidas anteriormente. La complejidad del actual mercado farmacéutico hace que cada día la toma de decisiones en el ámbito del medicamento se vea influenciada por más agentes, es por ello que además de los clientes gubernamentales debamos abordar otros segmentos de clientes: asociaciones de pacientes, líderes clínicos, sociedades científicas, asociaciones profesionales, etc. Esta complejidad se traduce en la necesidad que los distintos equipos que visitan a estos clientes deban coordinarse y trabajar planes de acción transversales que en el ámbito de las RRII y MA. Desde nuestros departamentos deberíamos liderar todos los planes de acción en este ámbito, y coliderar la estrategia de la organización.

Con todo lo aportado, se puede destacar que se hace imprescindible definir claramente las funciones que deben realizarse con los clientes de RRII y MA. En el grupo se evidenció que cada uno de los presentes tenía una visión distinta de lo que hace cada función, desde las figuras más operativas de acceso que veían en su rol la realización de las dos funciones, pero que, cuando explicaban a qué se dedicaban, quedaba claro que se centraban en los clientes implicados en la gestión del fármaco, y que tenían una baja aproximación a los perfiles más políticos. Por el contrario, las figuras que tenían un rol más institucional tenían una aproximación más hacia la política sanitaria, dejando en un segundo plano el abordaje del medicamento. Por último, había algunas compañías en las que los roles estaban separados, una figura de RRII y otra de acceso en las cuales las funciones estaban claramente diferenciadas, y el reto era la coordinación entre los dos equipos.



## GRUPO DE TRABAJO 4

### ¿CÓMO POTENCIAR EL ACCESO A LA INNOVACIÓN REGIONAL Y LOCAL?

**Moderador:** Justo Moreno. Comité Organizador

El objetivo del taller se centró en identificar las barreras y soluciones/ oportunidades en el acceso a la innovación a nivel CCAA-local y a nivel hospitalario o de Atención Primaria. Al taller asistieron 28 personas, con las cuales se estableció un debate abierto que estaba orientado a finalizar con un listado de barreras a nivel autonómico y local, y sus soluciones/ oportunidades aportadas por los participantes.



Justo Moreno

Para ello, se estableció una dinámica de debate grupal liderado por el moderador y estructurado en 3 cuestiones:

1. Identificación las barreras de acceso a las que nos enfrentamos en el día a día.
2. Clasificación de las barreras en función de su naturaleza.
3. Conclusiones/recomendaciones de cómo mejorar el acceso de los pacientes a tratamientos minimizando el impacto de las barreras.

El moderador comenzó el debate con unas reflexiones previas a modo introductorio:

- Hablar de acceso es hablar de superar o minimizar barreras que podrían dificultar el disponer del mejor tratamiento posible a un paciente.
- ¿Por qué y cuándo aparecen las barreras? Estrategias de URM.
- Cuantitativamente, ¿tenemos muchas o pocas barreras?
- Y desde el cualitativo, ¿irresolubles o podemos superarlas?
- ¿En quién o en qué impacta esa barrera?

## RESULTADOS

### BARRERAS y SOLUCIONES

Se plantearon 4 tipos de barreras:

- 1. Normativas:** son las barreras que hacen referencia a los aspectos legislativos regionales y locales.
- 2. Económicas:** el precio y los impactos presupuestarios son en muchas ocasiones inconvenientes para el acceso a la innovación.
- 3. Científico-técnicas:** evaluación de parámetros, seguridad, eficacia, etc.
- 4. Operativas:** control para cumplir los planes.

A continuación, el moderador sugirió que cada participante nombrase un ejemplo de cada tipo de barrera y propusiese soluciones.

NORMATIVAS	
Barreras	Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferentes asignaciones y prioritizaciones presupuestarias en las CCAA llevan a falta de equidad en el acceso.</li> <li>• Leyes autonómicas que incentivan el URM (a través, por ejemplo, de los contratos-programa y de los indicadores de calidad de la prescripción que se incluyen).</li> <li>• Incentivación/obligatoriedad de la PPA.</li> <li>• Planes regionales sin dotación presupuestaria y la falta de previsión económica a medio plazo sobre los recursos a asignar para tratamientos (ley de presupuestos).</li> <li>• Falta transparencia y claridad (tiempos, por ejemplo) en procesos de evaluación y toma de decisiones en la incorporación de fármacos. También, falta de proceso reglado de audiencia para industria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar mayor financiación a través de la ley de presupuestos para sanidad/farmacia.</li> <li>• Reclamar equidad en el acceso a nuevos medicamentos a través de procesos vinculantes para todos los centros de una CCAA o entre CCAA.</li> <li>• Abogar por el paso del URM a un uso eficiente de los medicamentos basados en resultados y reflejarlo así en los contratos-programa.</li> <li>• Solicitar reglas del juego claras en los procesos de evaluación en cuanto a tiempos, documentación a presentar, transparencia en que se va a evaluar (y qué no), trámite de audiencia y posibilidad de realizar alegaciones.</li> </ul>

ECONÓMICAS	
Barreras	Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de reservas singulares a las condiciones específicas de prescripción y/o dispensación (alineadas con Ministerio o unilaterales): visado, DHDH, etc.</li> <li>• Sistemas centralizados de compra de fármacos a través de concursos públicos, tanto a nivel autonómico como de sus hospitales y centros de salud: subastas, por ejemplo.</li> <li>• Inclusión "reducida" de un fármaco en guía farmacoterapéutica: sujeta a restricciones de uso en cuanto a las condiciones descritas en la autorización introduciendo una reducción de la población susceptible de ser tratada (subgrupos).</li> <li>• La "aprobación" de tratamientos que no llegan para sustituir lo existente se ve dificultada por impacto presupuestario adicional (sin valoración de otro tipo de ahorros en sistema ni valoración resultados de salud).</li> <li>• Falta de previsión financiera que no anticipa llegada de nuevos medicamentos (corto plazo vs. medio/ largo plazo).</li> <li>• El coste/paciente como parámetro que se utiliza para tomar decisiones, muchas veces, sin tener en cuenta la "n", ni el tipo de patología, ni su coste-efectividad.</li> <li>• Infr FINANCIACIÓN sanitaria/farmacéutica: el crecimiento de los costes asignados a farmacia por encima de los presupuestos asignados para cada año es una constante (déficit estructural).</li> <li>• Tarifas farmacológicas paciente/mes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegurar visados en tiempos cortos. Intentar eliminar diferencias ante visados o paso de DHDH unilaterales basándonos en falta de equidad.</li> <li>• Tener claro hasta dónde se puede llegar (y no ceder) ante concursos o compras centralizadas que van más allá de lo razonable en cuanto a precio, o unidades</li> <li>• Anticiparse y justificar muy bien los pacientes objetivo según la autorización de financiación del Ministerio y no caer en subgrupos (para aminorar impacto presupuestario). ¡Como negarle un fármaco a un paciente que también se puede beneficiar, aunque quizás no al 100 %!</li> <li>• Aunque a veces no resulta eficaz, presentar todos los datos de impacto presupuestario global del fármaco (no sólo los de la medicación sino también los impactos en otras áreas de la asistencia) e informar a otras instancias más allá de farmacia. Y, por supuesto, centrar la inversión en resultados en salud.</li> <li>• En algunos casos, puede resultar beneficioso adelantar futuras comercializaciones (credibilidad y pueden prever y matizar sus estrategias).</li> <li>• Abogar por costes del proceso más que coste medicamento/paciente, y aportar datos de coste-efectividad que tengan en cuenta costes y resultados en salud.</li> <li>• Tener el histórico de gasto farmacéutico en una patología o medicamento concreto ayuda a contextualizar el gasto actual y el previsto.</li> <li>• Rebatir tarifas medias coste/paciente. La tendencia siempre será a beneficiar y comprar el más barato, no el más eficiente (coste + resultados en salud).</li> </ul>

## CIENTÍFICO-TÉCNICAS

Barreras	Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La realización de EC o de programas de acceso temprano se ve, a veces, dificultada para no anticipar la entrada en la guía farmacoterapéutica (lo prioritario es que no impacte en presupuesto a futuro, no su valor añadido para el paciente).</li> <li>• Exigencia de aportar evidencia científica adicional comparada con la de los fármacos ya utilizados (a veces diferentes a los utilizados en los EC, práctica clínica diferente en cada país), tras haberse obtenido la aprobación del nuevo fármaco por parte del Ministerio.</li> <li>• Recomendaciones de uso de medicamentos clásicos como primera opción terapéutica y sólo, ante progresiones o falta de eficacia, valoran la introducción de innovaciones.</li> <li>• Alternativas terapéuticas equivalentes (priorización).</li> <li>• Programas de intercambio terapéutico (priorización).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir apostando por programas de acceso temprano en beneficio del paciente y poner en valor los ahorros hasta su aprobación de financiación y reembolso.</li> <li>• Explicar diseños de los EC multinacionales y la imposibilidad de meter todos los comparadores posibles. Y pedir valoración de comparaciones indirectas/metanálisis como base para la toma de decisiones.</li> <li>• Argumentar que lo antiguo/clásico por barato no es más eficiente (hay que tener en cuenta el máximo y temprano beneficio para el paciente).</li> <li>• Argumentar (si es posible) la no equivalencia terapéutica o la imposibilidad de intercambio terapéutico basándose en diferencias de eficacia y seguridad. En caso negativo, preparar acuerdos basados en resultados o financieros que faciliten su priorización</li> </ul>

## OPERATIVAS

Barreras	Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de comisiones regionales de farmacia que deciden/recomiendan su inclusión en guías autonómicas y/o condiciones de prescripción/dispensación. También hay comisiones de farmacia hospitalarias y de Atención Primaria (máxime en áreas de salud integradas).</li> <li>• Guías/protocolos de tratamientos para determinadas patologías.</li> <li>• Obligación de ceñirse a presupuesto anual asignado, lo que dificultará la entrada de nuevos fármacos (no previsión de estas incorporaciones). Riesgo de déficit presupuestario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proactividad a la hora de aportar datos clínicos y farmacoeconómicos a las comisiones regionales, hospitalarias o de primaria: solicitud de reuniones de discusión que aseguren posicionamiento óptimo.</li> <li>• Razonar posicionamiento dentro de una guía acorde al posicionamiento en IPT, guías internacionales o nacionales, científicas.</li> <li>• Anticipar llegada de nuevos fármacos para no perturbar la "tranquilidad presupuestaria" y, como consecuencia, se dejen aparcadas las decisiones.</li> </ul>

OPERATIVAS	
Barreras	Soluciones
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasos en incluir en el orden del día de las comisiones regionales, de hospital o AP, las valoraciones o evaluaciones de las innovaciones, lo que retrasa tomar decisiones para su incorporación a la práctica clínica.</li> <li>• La incorporación de la receta electrónica y de los sistemas de evaluación de la prestación farmacéutica podrían influir en el proceso de acceso del fármaco al paciente como, por ejemplo, retraso en la actualización de las diferentes bases de datos desde que llega el nomenclátor del Ministerio, o la no inclusión de determinados fármacos en el sistema, o la categorización semafórica en el sistema de prescripción, etc.</li> <li>• La casi imposibilidad de solicitar revaluaciones de medicamentos que, tras varios años de comercialización, disponen de nuevos datos y posicionamientos nuevos, nuevas indicaciones, etc.</li> <li>• Aprobaciones caso a caso, especialmente, a nivel regional, de prescripciones en hospital.</li> <li>• Creciente dificultad para realizar visitas institucionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidir, incidir e incidir, en que se incluyan en las órdenes del día de las diferentes comisiones las valoraciones de introducción de los nuevos fármacos, evitando retrasos innecesarios.</li> <li>• En cuanto conozcamos que entrará en nomenclátor, informar y convencer de una actualización de sus bases de datos lo más rápidamente posible.</li> <li>• Argumentar la no inclusión de un medicamento en base de datos de prescripción basándose en la aprobación de financiación nacional y argumentando falta de equidad con otras CCAA, e igualmente para los códigos semafóricos.</li> <li>• Solicitar revaluaciones de fármacos ante la aparición de nuevos datos que puedan modificar su posicionamiento actual.</li> <li>• Asegurar la más rápida aprobación (no más de 1 mes) de las solicitudes caso a caso implementadas en algunas CCAA.</li> <li>• Evitar visitas que no aportan valor al decisor.</li> </ul>

## PUNTOS CLAVE

Como áreas de mejora, se identifican las siguientes necesidades:

- Medidas legislativas que aseguren la equidad en el acceso, al menos dentro de cada CA.
- Dotación presupuestaria realista, suficiente, previsora y adecuada a población asistida.
- La medición y la evaluación de los resultados en salud como base de la toma de decisiones asegurando así una eficiencia en la inversión pública de medicamentos.
- Actitud política y gestora para buscar eficiencias en todo el proceso asistencial (no sólo farmacia).
- Valoración multidisciplinar de la innovación farmacológica con participación de la industria farmacéutica, las sociedades científicas y los pacientes.

## 6. Conclusiones

---

Las RRII son el nexo que pone en contacto a las compañías farmacéuticas con su entorno, comunicando en ambos sentidos necesidades y soluciones. Entre sus objetivos están conciliar, dialogar y buscar soluciones juntos (Administración, industria y el resto de agentes), generando líneas de colaboración estables, afrontando retos y oportunidades y asegurando la mejor y más eficiente asistencia sanitaria para los pacientes. Los resultados de su trabajo son muy importantes porque permiten dialogar y aunar criterios de cara a la reconfiguración de las estrategias y líneas de acción del sector farmacéutico.

La creación de un marco estable y realista de trabajo y colaboración es de gran relevancia en estos momentos, ya que venimos de una grave crisis, donde lo importante ha sido asegurar la solvencia, más que la sostenibilidad. Los pasos que la industria farmacéutica ha dado hasta ahora van en la línea de modificar una parte de su estructura y visión estratégica hacia aquellos que, cada vez más, tienen mayor peso en la toma de decisiones en materia de farmacia: pagador regional, principalmente.

De esta manera, los equipos de RRII deben convertirse en expertos en el marco regulatorio y técnico, y han de potenciar su liderazgo estratégico dentro de las compañías. Por tanto, capacidad de liderazgo y también de comunicación a nivel interno serán claves para un correcto desarrollo de su función. Simultáneamente, deben avanzar en subespecialización y en una mayor involucración en fases tempranas del desarrollo de los productos, como ya está ocurriendo, con perfiles que deben ser los de las áreas de estrategia. En resumen, liderazgo, visión global y especialización son los tres puntos clave del perfil del nuevo profesional de RRII, que debe convertirse en una parte nuclear del negocio para lograr el objetivo final del *patient access*, es decir que los fármacos lleguen a los pacientes.

La incertidumbre es uno de los peores enemigos para las empresas y para los responsables de la gestión en cualquier ámbito. Los profesionales de las RRII tienen como una de sus misiones ser los embajadores de la búsqueda de soluciones que permitan gestionar la incertidumbre. En este terreno, va a ser muy importante el concepto de anticipación. Es imprescindible anticipar la incorporación de la innovación a través de un diálogo transparente entre todos, porque los sistemas sanitarios no se van a poder permitir cubrir todas las innovaciones, para lo que será necesaria la priorización. Herramientas como el *horizon scanning*, mencionado durante el congreso, serán claves para la Administración en la detección precoz de innovación farmacológica disruptiva para anticipar, planificar y priorizar. En esta línea de la anticipación, es importante a su vez para la industria

farmacéutica conocer las necesidades de la Administración y establecer procedimientos y tiempos adecuados de cara a la personalización de los dosieres y otros elementos de la fase de evaluación.

En este marco de colaboración, toda la transparencia que se pueda aplicar a estos procesos es poca, de cara a ganar en legitimidad y capital reputacional por parte de las compañías, y credibilidad del lado de la Administración Pública. Una Administración, muy centrada en lo administrativo y burocrático, con reglas de compra y gestión que no son propias del siglo XXI y políticas de recursos humanos muy constreñidas a un estatuto y a la negociación sindical, y con área de mejora en la búsqueda de la eficiencia.

A la Administración se le pide que ponga menos énfasis en medir la actividad y más en medir los resultados. Es necesaria una definición de indicadores y una correcta y planificada medición de resultados cualitativos de la actividad. Lo mismo es aplicable para los resultados en salud de los medicamentos y servicios ofrecidos por la industria, a lo que se debe añadir la desinversión en procedimientos y fármacos obsoletos. Todo ello debe guiar al sistema hacia la eficiencia. Actualmente hay una enorme variabilidad en los resultados dentro del sistema, lo que es una muestra práctica de ineficiencia. Conocer los datos, organizar su recogida, medirlos, compararlos y tomar decisiones que tiendan a unificarlos y, como consecuencia, a la equidad, es una de las misiones de un sistema que se ha convertido en un modelo de derechos y consumo de sanidad, inviable a largo plazo.

Otras materias que el sistema debe revisar son los presupuestos anuales estancos, que ponen el contador a cero cada año y no permiten realizar acuerdos de financiación de largo recorrido. También se le pide al sistema instaurar una gestión de la sanidad profesionalizada y alejada de la política, pidiendo a los gestores resultados en salud y en calidad medibles, así como la innovación, y asegurar el cumplimiento de la ley en los procesos de compra pública. En relación con esta última, también hay que pedir a la industria que le otorgue más relevancia en sus estrategias.

Asimismo, la Administración ha de tener un modelo de precios, compra y financiación basado en criterios de uso, monitorización y nuevos modelos de acceso a la innovación. En cuanto a la evaluación, se debería evolucionar poco a poco de un modelo basado sólo en resultados farmacoeconómicos al análisis multicriterio como elemento de decisión, que permita comparar, priorizar y seleccionar entre diferentes estrategias o productos. Este análisis hace posible una evaluación del factor del valor más exacta y objetiva, evaluación a la que actualmente el sistema sanitario todavía no da cabida en su plenitud. Y hay que señalar la importancia de la reevaluación. No basta con una evaluación en el momento del lanzamiento y olvidarse de medir después.

Como hemos visto, puede que el problema económico del sistema además de la insuficiencia presupuestaria sea también de eficiencia. Dos ca-



minos que se apuntan como posibles para incrementar ésta, además de todos los mencionados anteriormente, son la revisión y mejora de la gobernanza general del sistema, y tener en cuenta la existencia de un sistema sanitario privado. Ambos sistemas, público y privado, no deberían ser excluyentes.

Y al final de todo está al paciente, el objetivo último de todas las aportaciones de valor que puedan hacer los distintos agentes que conforman el sistema. Para humanizar la asistencia sociosanitaria es necesario aprender a pensar "como" el paciente", no "en" el paciente, incidir de manera continua en su formación y educación, y hacerle más responsable de su salud. Pero esto no es suficiente si no se crea un marco de sociedad deliberativa, que, en el caso de la humanización, consiste en formalizar la participación de los pacientes, en que éstos formen parte directamente de la toma de decisiones en los procesos de salud, no sólo a nivel micro sino incluso en la esfera macro, porque las políticas tienen que estructurarse y vertebrarse en torno a la toma de decisiones compartida, es decir deliberativa, con los pacientes.

La necesaria humanización de la sanidad es un concepto que incluye lo sociosanitario, pero con una visión más amplia: el paciente, el profesional y la organización. Es necesario realizar acciones sinérgicas en estos 3 ámbitos, trabajando en la intersección de organizaciones sanitarias, profesionales sociosanitarios y pacientes y familias, es decir, en la homosfera.

Para concluir, hay una frase que resume y cierra adecuadamente gran parte de lo debatido durante las dos intensas jornadas de trabajo del III CNRI, pronunciada por César Pascual, que creemos adecuada y pertinente para cerrar este informe:

"Si no sabemos dónde vamos, llegaremos donde no queremos".

# Asistentes

Aarón Mir  
Abel Fernández  
Adolfo Galán  
Almudena Colino  
Álvaro Hidalgo  
Alvaro Serrano  
Ana Arana  
Ana Camacho  
Ana De Mora  
Ana Hernando  
Ana Isabel Bravo  
Ana Lázaro  
Ana Pérez  
Ángel Fernández  
Ángel Puente  
Anna Raya  
Anna Salazar  
Antonio Fernández Campa  
Antonio Gómer y Ruiz De La Hermosa  
Antonio M<sup>a</sup> Sáez Aguado  
Antonio Rojo  
Belén Codina  
Belén Crespo  
Belén De La Hoz  
Benito Posper  
Bernardo Alonso Carús  
Boi Ruiz  
Borja Smith  
Cadela Calle  
Carlos A. Jimenez  
Carlos Mur  
Carlota Moya  
Carme Pinyol I Villena  
Carmen García  
Carmen Zarate  
Carolina Arroyo  
Celia Cortijo  
César Pascual  
Claudia Crusellas  
Claudia Fernández  
Cristina Espinosa  
Cristina Guardiola  
Cristina Bando  
David Elvira  
Eric Grossat  
Ernesto Benet  
Eusebio Azorín  
Félix Benguria  
Fernando Leniz  
Francisco Igea  
Francisco Javier Ceniceros  
Francisco José Fernández  
Francisco Silla  
Fulgencio Clemente  
Gabriel Galván  
Gemma Valeta  
Ignacio Cuervo-Arango  
Ignacio Pi  
Isabel González -Moreno  
Isabel Barreiro  
Isabel Chacón  
Isabel Hurtado  
Isidro Núñez  
Jaime Rivas  
Javier Algás  
Javier Ellena  
Javier Gil  
Jesús Corredo  
Jesús De Miguel Perez  
Joan Heras

Joana Gostkorcrwiz  
Jordi Prat  
Jorge Fidel Taboada  
José Antonio Bahlsen  
José Luis Campos  
Jose M<sup>a</sup> Lopez Alemany  
José María Moreno De Simón  
José María Vergeles Blanca  
José Prieto  
Jose Vidal  
Juan Carlos Gil  
Juan José Equiza  
Julio Varela  
Julio Zarco  
Laura Esther Ayzin  
Lina Ruiz  
Lluís Triquell  
Lluisa Arbat  
Lucas Bonachera  
Maialen Guergue  
Maite Becerra  
Manuel Jesús López  
Manuel Martínez Sesmero  
Manuela Carrasco  
Manuela Villena  
Mar Martinez  
Mar Nieva  
María Almorin  
Maria Aranzazu  
María Belén Ferro  
Maria Del Carmen Conde  
María José Martín  
Maria José Chincolla  
Maria Massafrets  
Marina De Salas  
Marisa Durán  
Marisa García  
Marta González  
Miguel Vega  
Mónica García  
Mònica Parramon  
Montse Sánchez-Agustino  
Naouel Zouaghi  
Natalia Rapado  
Nicolás Roldán  
Nicolás Vázquez  
Olga Espallardo  
Pablo De Unamuno  
Paloma Barja De Soroa  
Paloma Fernández  
Paloma Martínez  
Paloma Tomás  
Patricia Estepa  
Patricia Gómez Picard  
Pedro G.pajuelo  
Pilar Negre  
Quintiliano Pérez  
Regina Revilla  
Rita Casas  
Roberto González  
Rosemarie Neipp  
Rubén De La Fuente  
Ruth Pavón  
Santiago Culí  
Sara Pascual  
Sara Cebrián  
Susana Simon  
Timmo Andersen  
Toni Gilabert  
Tránsito Olay  
Verónica Somodevilla  
Víctor Ferrero  
Víctor Sánchez  
Victoria Ayala  
Walter Vila  
Yvette Zanuy





Luzán5

LUZÁN 5, S. A.  
Pasaje Virgen de la Alegría, 14 - 28027 Madrid  
e-mail: [luzan@luzan5.es](mailto:luzan@luzan5.es)  
<http://www.luzan5.es>