

El SNS. Acciones para la sostenibilidad y la equidad



EL MEDICO INTERACTIVO. Marzo de 2013 - Agustín Rivero. Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia

El modelo español de Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General de Estado y los servicios de salud de las comunidades autónomas, que garantiza la protección de la salud y se sustenta con base en la financiación pública, la universalidad y la gratuidad de los servicios sanitarios. Ahora bien, los datos estructurales y las cifras más significativas del gasto sanitario público muestran que el sistema sanitario no podía ignorar ni mantenerse al margen de una situación absolutamente incompatible con la sostenibilidad

La Sanidad pública en España comenzó el año 2012 con una deuda insostenible. Al inicio de esta legislatura se pusieron al descubierto, con toda su crudeza, los más de 16.000 millones de euros de deuda que arrastraba el sistema. Esta cifra, además, se había disparado un 173 por ciento entre 2009 y 2011, al tiempo que descendían el PIB y los ingresos del Estado. De esos 16.000 millones de euros, unos 12.100 millones correspondían a la factura sanitaria (el 73 por ciento de la deuda). Por eso, se hacían necesarias y urgentes reformas que permitieran reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una cartera básica de servicios comunes.

De acuerdo con la nueva redacción dada por el Real Decreto Ley 16/2012 al artículo 8 de La Ley de Cohesión y Calidad, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiendo por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.

Para afrontar esta situación, el compromiso fundamental del Gobierno es promover un gran acuerdo por la Sanidad y los servicios sociales con las Comunidades Autónomas, en primer lugar un acuerdo para la sostenibilidad del sistema. Garantizar la sostenibilidad del sistema a largo plazo es una prioridad para crear confianza tanto entre los pacientes como entre los profesionales.

En segundo lugar, una cartera básica de servicios comunes. Para todos nosotros la equidad en el acceso a las prestaciones es el principio rector de la cartera básica de

servicios. Por ello resulta imprescindible que utilicemos metodología fundamentada técnica y científicamente en su definición y ahí deben estar y están los profesionales sanitarios.

En estos momentos estamos optimizando la cartera de servicios y estamos desarrollando propuestas de reorganización de servicios que están lideradas por los propios profesionales, por las sociedades científicas y por las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y de las prestaciones.

No se ha planteado en ningún momento recortes en la misma sino definir aquellos procedimientos, aquellas actividades que por obsoletas no deben estar en ella, pero introduciendo en la cartera aquellos procedimientos que mejoran la calidad de la asistencia y la calidad de vida del paciente.

Pero también se está trabajando en la concreción de estándares e indicadores de calidad en relación con los diferentes servicios asistenciales y en los centros de referencia para determinadas patologías y/o procedimientos complejos y/o de alta especialización (trasplantes, tumores, neurocirugía, cardiovascular, etc). Esto también es mejorar la calidad de la asistencia y la seguridad del paciente que es finalmente lo que todos buscamos, tanto los profesionales como la Administración.

La cartera de servicios no pretende sacar ninguna prestación, sino que todos los españoles tengamos el mismo acceso a las mismas prestaciones y los mismos derechos ante la salud, con independencia de la Comunidad de residencia.

Como he comentado, en este momento el Ministerio está trabajando en dos líneas, por una parte en la optimización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y otra en la propuesta de reorganización de servicios tanto asistenciales como de apoyo a la asistencia, para ello el Consejo Interterritorial el 29 de febrero de 2012 creó dos grupos de trabajo de cartera de servicios. Ambos grupos han priorizado los temas que las Comunidades Autónomas han considerado abordar.

Estos grupos tienen por objeto revisar la cartera de servicios comunes al SNS para identificar y priorizar las prestaciones que es preciso detallar, clarificar y/o concretar. En estos momentos los temas priorizados en la cartera de servicios son genética, rehabilitación, cribado neonatológico y de cáncer, reproducción humana asistida e implantes quirúrgicos.

Estos grupos están constituidos por profesionales designados por las Comunidades Autónomas y el Ministerio, con la participación de las Sociedades Científicas y de un representante de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y de las Prestaciones que faciliten la información sobre la evidencia científica en la materia.

Los grupos de expertos están elaborando una propuesta inicial en la que detallan el contenido del correspondiente apartado de la cartera. Y podrán concretar y detallar áreas de la cartera que estaban incluidas de forma muy genérica o poco precisa.

Descartar aquellas técnicas o procedimientos, que a la luz de los conocimientos actuales se consideren obsoletos o de las que no exista evidencia de su eficacia y coste-efectividad.

Disminuir la gran heterogeneidad que hay entre CCAA en la provisión de servicios, en todas las áreas que cubre la cartera. Otras técnicas o procedimientos que sean necesario modificar sus condiciones en función de la situación del paciente, otros que no estando incluidos, hayan demostrado seguridad, eficacia y eficiencia, y sería conveniente introducir en la cartera de servicios. Y otros que irán a la cartera accesoria del sistema. Por aquí es

por donde queremos que se desarrolle la nueva cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Por otra parte, como he comentado anteriormente, para garantizar una mayor calidad de esta cartera se está trabajando en la reorganización de servicios, centros y unidades especializadas en Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Trasplantes, Oncología, Ginecología y Obstetricia. Las propuestas iniciales sobre los criterios básicos para la creación o reorganización de estas unidades asistenciales elaboradas por los expertos van a ser presentadas en breve a la Comisión de Prestaciones del Consejo Interterritorial para su aprobación.

De acuerdo con ello, los expertos emiten recomendaciones sobre población de referencia de los servicios, recursos humanos y materiales con los que deben contar, número óptimo de procedimientos, experiencia profesional de sus integrantes, etc. De tal forma que no se considera aconsejable la puesta en marcha de nuevos servicios si no incluyen las dotaciones establecidas en esos criterios.

Con respecto a los medicamentos, la evolución de muchos grupos terapéuticos en los últimos años nos obliga a replantear el enfoque universal que hemos venido aplicando desde siempre. Hay muchas categorías de fármacos en los que se producen disparos en el coste y es aquí donde nuestra DG debe actuar con energía y prudencia. De poco sirve negar la financiación a un nuevo fármaco si con esta decisión privamos del mejor tratamiento a algunos centenares de pacientes españoles o residentes en nuestro país. Es preferible analizar concienzudamente cada caso y negociar las condiciones en las que va a ser utilizado en el SNS. De lo anterior sacamos con facilidad los elementos metodológicos para abordar cada una de estas situaciones:

1. Análisis coste-efectividad:

El análisis coste efectividad nos permite poner en comparación un nuevo medicamento con el estándar aceptado para dicha enfermedad. Lógicamente, un medicamento innovador indicado en una patología carente de tratamiento no se podrá someter a este análisis.

2. Impacto presupuestario:

Gracias a los estudios epidemiológicos, hoy podemos saber cuantos pacientes son subsidiarios de recibir un nuevo tratamiento, y gracias a ello, se puede estimar el coste del mismo para las arcas públicas. Este ejercicio de impacto presupuestario se efectúa en todo nuevo medicamento desde hace 1 año, y es factor clave en el procedimiento de gestión de precios y decisiones de financiación.

3. Contribución al PIB:

En general, la ley prevé la toma en consideración de los efectos que sobre el PIB de nuestro país tienen las decisiones en materia de precio y financiación de medicamentos. En términos concretos, estos análisis toman en consideración el lugar de producción y distribución logística de los fármacos, su grado de innovación, la empresa titular y la carga o esfuerzo investigador que su desarrollo supone. Así, se valoran el esfuerzo productivo, la inversión en activos y el gasto en I+D asociados a cada medicamento.

4. Análisis periódico del gasto:

Los capítulos más relevantes de gasto para el SNS deben analizarse de modo continuo.

5. Revisiones de precios:

Poner el foco de atención sobre los nuevos fármacos no significa descuidar el abastecimiento y disponibilidad de los clásicos de este grupo. Por ello, se tratan favorablemente las peticiones de revisión de precios de estos medicamentos clásicos, siempre y cuando las empresas titulares de los mismos aporten justificación suficiente.

Quiero dejar claro que desde el Ministerio de Sanidad apostamos decididamente por apoyar la innovación en los nuevos tratamientos. Queremos seguir financiando la innovación, especialmente la que contribuye de modo real al incremento de salud de la población española. El límite es la sostenibilidad, y debo decir que las solicitudes de precio de nuevos tratamientos no están en línea con estas necesidades, lo que obliga a un gran esfuerzo de valoración y negociación antes de la toma de decisiones de precio y financiación.

Los nuevos tratamientos vienen con solicitudes de coste/paciente extremadamente gravosos. No queda más remedio que aplicar los criterios de la ley para trazar en cada caso la frontera entre lo que se puede financiar y lo que aún aportando alguna pequeña mejora al estado de salud no puede recibir financiación pública dado el excesivo precio solicitado.

La aparición de un número importante de nuevos fármacos a un coste elevado en comparación con el tratamiento anterior y cuyos beneficios terapéuticos no son muy notables en términos de supervivencia abre el debate sobre si es sostenible el crecimiento del presupuesto que se debe dedicar a financiarlos y sobre si es compatible con las prioridades existentes en otros ámbitos de la Medicina.

A este respecto, nuestro criterio es financiar sólo las indicaciones aprobadas de forma estricta, a partir del criterio aprobado de indicación del fármaco basado en la evidencia científica complementado con evaluaciones de coste-efectividad y modificaciones del precio si cambian las indicaciones, aparecen nuevos fármacos para la misma indicación o se introducen genéricos. También, en determinados casos, se podrían compartir riesgos entre la industria (que paga el fármaco si no es efectivo en un paciente durante el tiempo necesario para demostrar la ineficacia) y el sistema sanitario (que paga el fármaco si es eficaz en el paciente).

Quiero finalizar concluyendo que la equidad en el acceso a los tratamientos debe ser un valor fundamental en el momento de planificar los servicios sanitarios e introducir las innovaciones terapéuticas. Garantizar la igualdad de acceso en caso de igual necesidad ha de ser un principio básico en un sistema sanitario público como es el español.

NOTA

Extracto de la conferencia pronunciada por el director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en la Conferencia General para la Sostenibilidad de la Atención Oncológica en el SNS, celebrada el pasado 30 de enero de 2013 en Madrid, organizada por la Fundación Bamberg.