

- 7 Presentació**
- 9 Dossier**
Salut i sistema sanitari
- 10 Presentació dels autors del dossier**
- 15 Introducció**
Vicente Ortún
- 17** Els determinants de la salut i l'efectivitat de les polítiques de salut
Jaime Pinilla Domínguez, Patricia Barber Pérez i Beatriz G. López-Valcárcel
- 24** Les cruïlles del sistema sanitari en la reforma de l'estat del benestar i la solvència fiscal dels instruments per al seu finançament
Guillem López-Casasnovas
- 31** Estils de vida. Què es pot fer des de les polítiques i des dels individus?
Joan Gil i Toni Mora
- 36** La gestió de les organitzacions sanitàries. El rol del control de gestió
Francesc Cots i Olga Pané
- 44** Esquemes de pagament per resultats en oncologia
Ana Clopés i Carlos Campillo
- 51** Gestió sanitària pública. Disseny de contractes entre administracions públiques i organitzacions sanitàries privades a Espanya
Ricard Meneu, Rosa Urbanos-Garrido i Vicente Ortún
- 58** Indústria farmacèutica. Innovació i solvència de l'estat del benestar
Félix Lobo i Joan Rovira
- 66** La regulació de l'assegurança voluntària de salut
Pere Ibern
- 72** Avaluació de les intervencions sanitàries
José Antonio Sacristán i Juan Oliva
- 79** Medicina de precisió: polítiques, promeses i preus
Salvador Peiró
- 86** Profilaxi de la 'desamortització' del Sistema Nacional de Salut
Vicente Ortún i Lluís Bohigas
- 94 Notícia de llibres**
La Cambra. Passat, present i futur (Francesc Granell, Cambra de Comerç de Barcelona, 2019)
Francesc Granell
- 96 Crítica de llibres**
La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança (Guillem López-Casasnovas i Marc Casanova)
Lluís Bohigas

PROgressar: Financem fins al 100% dels teus projectes professionals.

Vols progressar? Nosaltres t'ajudem a fer-ho. Financem fins al 100% dels teus projectes professionals amb unes condicions exclusives, un tipus d'interès preferent i unes comissions reduïdes.

Si ets membre del **Col·legi d'Economistes de Catalunya** i vols promoure la teva feina, protegir els teus interessos o els teus valors professionals, amb **Banc Sabadell** ho pots fer. Et beneficiaràs de les solucions financeres d'un banc que treballa en PRO dels professionals.

Truca'ns al **900 500 170**, identifica't com a membre del teu col·lectiu, organitzem una reunió i comencem a treballar.

sabadellprofessional.com

Parlar

amb el banc
on vulguis
i quan vulguis



ADO



Patrocinador de
l'Equip Olímpic



CaixaBank

Escoltar Parlar Fer

Estar a prop de les persones ens fa diferents

Escoltar, parlar i fer. Tres paraules que defineixen el nostre compromís amb tu. **Escoltar és el primer pas per conèixer-te. Parlar on vulguis i quan vulguis, per cercar junts les millors solucions. I sobretot fer, que ens porta a continuar innovant i a contribuir a una millora responsable i sostenible de la societat.**

Més informació, a www.CaixaBank.cat/EscoltarParlarFer

PRESENTACIÓ

El Dossier del número 81 de la *Revista Econòmica de Catalunya* analitza en profunditat un tema certament important com és l'estat del nostre sistema sanitari i de salut. I ho fa amb la voluntat de donar continuïtat a dos informes previs importants sobre el tema: l'"Informe Abril" (Enrique Costas, J.J. Artells, Lluís Bohigas...), presentat al Congrés dels Diputats a finals de 1991, i l'intitulat "Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance", elaborat per l'Asociación de Economía de la Salud el 2014. De fet, la major part dels autors d'aquests informes col·laboren també en aquest Dossier, que ha coordinat un reconegut expert en la matèria: Vicente Ortún.

La hipòtesi de partida del Dossier és que continuem tenint un bon sistema sanitari, però amb un pronòstic que s'ha anat agreujant. L'objectiu final no és cap altre que esbossar, amb l'ajut de destacats especialistes, què es pot fer per evitar-ne el desmantellament i la subhasta pública dels seus actius. Sembla clar, en aquest sentit, que no hi ha cap més remei que planificar l'oferta i procurar atenció adequada on calgui, lluitant tant con-

tra la sobreutilització com contra la infrautilització, i, segon, fer efectiu el principi de sostenibilitat d'uns serveis sanitaris finançats públicament definint una cartera de serveis correctament prioritzada amb valors democràtics i avaluació de cost-efectivitat amb càlcul de l'impacte pressupostari. Caldrà, també, reformar el nostre sistema actual de dret públic, inadequat per a la prestació de serveis sanitaris, sabent com sabem que una major autonomia de gestió i la personalitat jurídica pròpia afavoreixen l'eficiència.

Tanquen el número les habituals seccions Notícia i Crítica de llibres. En la primera es ressenya el llibre *La Cambra. Passat, present i futur*, en què Francesc Granell exposa la trajectòria de la Corporació unificada sota les successives presidències de Josep Valls, Andreu Ribera, Josep Maria Figueras, Antoni Negrè i Miquel Valls. En la segona, Lluís Bohigas, president de la Comissió d'Economia de la Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya, revisa el llibre *La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança*, dels qual són autors Guillem López-Casasnovas i Marc Casanova. ■

DOSSIER

SALUT
I SISTEMA
SANITARI

PRESENTACIÓ

DELS AUTORS DEL DOSSIER

SALUT I SISTEMA SANITARI



Patricia Barber

<http://www.dmc.ulpgc.es/espp/10:patricia-barber.html>

Professora titular d'universitat del Departament de Mètodes Quantitatius en Economia i Gestió de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

Recerca en economia de la salut, amb èmfasi en la utilització de models de simulació aplicats a la planificació i gestió de sistemes, principalment de recursos humans. Els models estructurals d'equacions simultànies i les aplicacions empíriques en les àrees de tabaquisme, avaluació econòmica de noves tecnologies i equitat són altres temes de recerca del seu interès. Quatre sexennis de recerca reconeguts per la CNEAI. Experiència de treball internacional a Costa Rica, l'Equador, el Brasil, Panamà o el Perú.



Lluís Bohigas Santasusagna

Doctor en Ciències Econòmiques i màster en Salut Pública. Ha treballat 40 anys en el sector sanitari, en llocs de responsabilitat a l'administració sanitària catalana i espanyola, i en el sector de la tecnologia sanitària.

Va ser promotor i introductor de l'economia de la salut, el control de qualitat en sanitat i la planificació sanitària, tant a Catalunya com a Espanya. Ha estat secretari del Col·legi d'Economistes de Catalunya, president de l'AES (Asociación de Economía de la Salud), president de la SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria) i vocal de la Comisión Abril. Actualment és acadèmic de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya, president del Cercle de Salut i president de la Comisión de Salud del Col·legi d'Economistes de Catalunya.



Carlos Campillo Artero

Doctor en Medicina i Cirurgia (Universitat de Barcelona), Master in Public Health (The Johns Hopkins University) i especialista en medicina preventiva. Treballa en avaluació clínica i de serveis de salut (Servei de Salut de les Illes Balears, Mallorca). Investigador associat del Centre de Recerca en Economia i Salut (GRES/UPF), professor i codirector acadèmic del Màster en Economia de la Salut i del Medicament (Master in Health Economics and Pharmacoeconomics, Barcelona School of Management, Universitat Pompeu Fabra). Exfuncionari i actualment consultor de l'OMS. És membre del Comitè Tècnic en Seguretat del Pacient del Ministeri de Sanitat. També és editor associat i revisor de més de 20 revistes mèdiques i d'economia de la salut nacionals i estrangeres, i autor de més de 100 articles.



Ana Clopés Estela

Llicenciada en Farmàcia (Universitat de Barcelona), farmacèutica especialista en farmàcia hospitalària (Hospital de Sant Pau) i doctora per la Universitat Autònoma de Barcelona (departament de Farmacologia, Terapèutica i Toxicologia). Membre fundador del Grup Génesis de la Societat Espanyola de Farmàcia Hospitalària –creat el 2005– i coordinadora d'aquest Grup del 2011 al 2014.

Autora de més de 200 treballs publicats en forma de capítols de llibres, articles en revistes nacionals i internacionals, i comunicacions en congressos a nivell nacional i internacional. Membre del Comitè Assessor de la Prestació Farmacèutica del Ministeri de Sanitat.



Francesc Cots Reguant

Llicenciat amb grau en Ciències Econòmiques per la Universitat Autònoma de Barcelona (1987). Mestre en Economia Regional i Urbana per la Universitat Autònoma de Barcelona. Doctor en Economia per la Universitat Autònoma de Barcelona (2001). Economista de la salut que combina la gestió al Parc de Salut Mar de Barcelona (Direcció de Control de Gestió), amb la investigació des de l'Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM) mitjançant diversos projectes de costos i serveis sanitaris enfocats a la qualitat, la immigració, els costos per episodi i del procés assistencial. És l'investigador principal de la xarxa espanyola de costos hospitalaris (RECH) i ha estat director del Màster de Gestió Clínica UOC (2005-2012). Els resultats de la seva recerca es tradueixen en 90 articles en revistes indexades.



Joan Gil i Trasfí

Llicenciat i doctor en Economia per la Universitat de Barcelona, és professor titular de la Facultat d'Economia de la UB i investigador associat al grup de recerca Barcelona Economic Analysis Team (BEAT). La seva recerca s'orienta als àmbits de l'economia de la salut, seguretat social, estat del benestar, envelliment i la dependència, i els resultats de la seva investigació s'han publicat en diverses revistes científiques nacionals i internacionals, en diferents llibres i capítols de llibres, i ha col·laborat en diversos projectes de recerca d'àmbit nacional i internacional.

Beatriz González López-Valcárcel

<http://dmc.ulpgc.es/en/beatriz-lopez-valcarcel-2.html>

Catedràtica de Mètodes Quantitatius en Economia i Gestió Universitat de Las Palmas de Gran Canaria. Recerca en economia de la salut (mercats laborals i planificació de recursos humans, noves tecnologies, medicaments, economia de la salut pública). Líder de projectes de recerca, Pla Nacional d'R+D+I i projectes europeus. Presidenta de l'Associació d'Economia de la Salut (2004-2006), de la secció de Public Health Economics de l'Associació Europea de Salut Pública, EUPHA (2011-2012) i de la Sociedad Española de Salud Pública, SESPAS (2015-2017). Consultora internacional a Mèxic, Brasil, Argentina, Xile, Uruguai, Costa Rica, Panamà i Moçambic. Condecorada amb la Creu de l'Ordre del Mèrit Civil de Sanitat (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat). Filla adoptiva de la Ciutat de Las Palmas i de l'illa de Gran Canaria. Membre del Consell Assessor de Sanitat (2019). Acadèmica de la Reial Acadèmia de Ciències de Galícia.



Pere Ibern Regàs

Economista, investigador al Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF) i director de Desenvolupament Estratègic a DKV Seguros. Va obtenir el títol de MBA a ESADE i el doctorat a la Universitat Ramon Llull. Ha cursat estudis sobre direcció d'organitzacions sanitàries a la Universitat de Yale i de governança empresarial a INSEAD. Ha ocupat càrrecs d'alta direcció en entitats sanitàries. Ha estat investigador del Centre d'Estudis Demogràfics de la Universitat de Duke, consultor del Banc Mundial i de diversos organismes multilaterals. Va ser



president de la Asociación de Economía de la Salud i membre de la junta de la Sociedad Española de Salud Pública i Administración Sanitari (SESPAS). És autor de múltiples articles científics i periodístics. Al seu blog <https://econsalut.blogspot.com> segueix de prop el que succeeix en economia de la salut i política sanitària.



Félix Lobo

<http://www.felixlobo.com/>

Professor emèrit de la Universitat Carlos III de Madrid. Codirigeix el Màster en Avaluació Sanitària i Accés al Mercat (Farmacoeconomia) i està a càrrec de les activitats d'Economia i Polítiques de Salut de FUNCAS des del 2017. President de Comitè Assessor de la Prestació Farmacèutica de el Ministeri de Sanitat també des del 2017.

Visiting scholar de la Universitat de Califòrnia a Berkeley (1975-1976 i 2003) i professor visitant de la Universitat de Minnesota.

Autor de nombrosos articles científics, llibres i obres de divulgació.

Director general de Farmàcia i Productes Sanitaris (1982-1988) i president de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (2005-2008). Va ser membre de les comissions redactores dels avantprojectes de Llei General de Sanitat de 1986 i de la Llei del Medicament de 1990 i va iniciar l'elaboració de la Llei de Seguretat Alimentària i Nutrició de 2011.

Gran Creu de l'Ordre Civil de Sanitat, el desembre de 2009.



Guillem López Casasnovas

Llicenciat en Economia (premi extraordinari) i Llicenciat en Dret per la Universitat de Barcelona. Doctor en Economia per la Universitat de York (1984). Catedràtic d'Economia a la Universitat Pompeu Fabra, on ha estat vicerector i degà. *Visiting scholar* de la Universitat de Stanford (1991), el 1996 funda i dirigeix el Centre de Recerca en Economia i Salut.

Ha estat conseller de govern del Banc d'Espanya (2005-2017). És col·legiat de Mèrit del Col·legi d'Economistes de Catalunya; membre numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya i de l'Institut d'Estudis Catalans. Fou president de l'Associació Mundial d'Economia de la Salut. Presideix la Fundació del Teatre Lliure i és patró del Temple

de la Sagrada Família. Ha estat distingit amb la Creu de Sant Jordi i la medalla Trueta al Mèrit Sanitari, i amb el Premi Ramon Llull de les Illes Balears. És doctor *honoris causa* per la Universitat ISALUD de Buenos Aires.

Ricard Meneu

Llicenciat en Medicina per la Universitat de València (UV), especialitat en Medicina Preventiva i Salut Pública; màster en Economia de la Salut i Gestió de Serveis Sanitaris (Universitat d'Alacant), i doctor en Economia (UV).

Autor de més d'un centenar d'articles i capítols de llibres i docent en nombrosos programes de mestratge i postgrau en Sanitat, és investigador associat del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra. Editor en cap de la publicació *Gestión Clínica i Sanitària* (<http://iiss.es/gcs/index.htm>), vicepresident de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud (f-IISS), exvicepresident de la Asociación de Economía de la Salud i exsecretari de l'Asociación Española de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AEETS).



Toni Mora

http://www.uic.es/ca/personal-page?id_user=tmora

Catedràtic d'Economia Aplicada a la Universitat Internacional de Catalunya (UIC) i director de l'IRAPP (Institut de Recerca en Avaluació i Polítiques Públiques). Ha estat degà de la Facultat de Ciències Econòmiques i Socials de la UIC, així com vicerector de Recerca, Innovació i Transferència. Actualment és president de l'Associació d'Economia de la Salut (AES) i director de la Càtedra d'Economia Pública i de la Real World Evidence Chair a la UIC:

<http://www.uic.es/ca/irapp>

Autor de nombroses publicacions ha participat en múltiples projectes de recerca tant d'àmbit públic com privat, així com en diferents convenis de col·laboració.





Juan Oliva

Professor del Departament d'Anàlisi Econòmica i membre del Seminari de Recerca en Economia i Salut (SIES) de la Universitat de Castella-La Manxa. La seva activitat científica està centrada en l'economia i gestió de la salut amb especial èmfasi en el cost social de les malalties i l'ús de l'avaluació econòmica d'intervencions sanitàries aplicada a la presa de decisions. Ha publicat més d'un centenar d'articles en revistes científiques amb procés de revisió i prop de quaranta obres col·lectives. Ha col·laborat amb el Ministeri de Sanitat en l'elaboració de diverses estratègies integrals de lluita contra malalties i en l'elaboració de l'Informe sobre el Sistema Nacional de Salut i amb diverses conselleries de Salut i Benestar i empreses de el sector sanitari. Membre de la Junta Directiva de l'Associació d'Economia de la Salut durant els anys 2007-2013 (president durant als anys 2010-2013).

Olga Pané Mena

Metge, especialista en Medicina del Treball i màster en Gestió de Serveis Sanitaris. Postgraus de gestió a ESADE i IESE.

En l'actualitat, gerent del Parc de Salut Mar a Barcelona, consellera delegada del Laboratori de Referència de Catalunya, consellera delegada d'Imatge Mèdica Intercentres i presidenta de la Fundació Bonanova i del Comitè Acadèmic de l'IS Global.

Té una dilatada trajectòria com a consultora internacional, amb el Banc Mundial i el BID, en diversos països d'Amèrica Llatina.

Ha exercit la gestió anteriorment del Consorci Sanitari del Anoia i la Direcció General de Projectes Sanitaris i Socials (PROSS), des d'on ha participat en la planificació i posada en marxa de centres sociosanitaris i d'atenció primària de salut.



Vicente Ortún Rubio

<https://www.upf.edu/web/vicente-ortun>

Professor emèrit i exdegà de la Facultat d'Economia i Empresa de la Universitat Pompeu Fabra (UPF). Investigador principal i exdirector del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Codirector del Màster en Administració i Direcció de Serveis Sanitaris de la UPF-Fundació Gaspar Casal a Madrid, editor de *Gestión Clínica y Sanitaria*, membre del Consell Rector del Parc de Salut Mar, i delegat de la UPF en les Escoles d'Enginyeria, Empresa, i Salut de TecnoCampus, Mataró. Membre de mèrit de CAMFIC.

MBA ESADE, MSc Purdue University com a ajudant de recerca, estudis de doctorat en Salut Pública a The Johns Hopkins com a becari Fulbright, PhD en Economia per la UB i *visiting scholar* al Departament d'Economia del Massachusetts Institute of Technology (MIT).

Responsabilitats professionals prèvies a Arthur Andersen & Co, Geseco-Banco Urquijo, Hospital de Sant Pau, Generalitat de Catalunya i Ministeri de Sanitat i Consum.

Salvador Peiró

Llicenciat i doctor en Medicina i especialista en Medicina Preventiva i Salut Pública. Actualment és investigador a la Fundació d'Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), i investigador col·laborador del Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

Ha estat sots-director general de Recerca i Innovació en Salut de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana (2015-2017), responsable del node de la Comunitat Valenciana de la Xarxa d'Investigació en Serveis de Salut en Malalties Cròniques (REDISSEC), co-coordinador del projecte Atlas de Variacions en la Pràctica Mèdica i vicepresident de l'Associació d'Economia de la Salut.

És autor d'aproximadament 250 articles en revistes científiques indexades, a més d'altres articles, capítols de llibres i altres publicacions.





Jaime Pinilla Domínguez

<http://www.dmc.ulpgc.es/jaime-pinilla.html>

Enginyer Industrial en l'especialitat d'Organització Industrial, per la Universitat de Las Palmas de Gran Canaria (ULPGC). Doctorat en Economia Aplicada. Des del març de 2003, professor titular d'universitat a la ULPGC. La seva tasca com a docent es relaciona fonamentalment amb els mètodes quantitius: estadística i econometria. És docent també en diferents màsters i cursos d'experts. La seva activitat investigadora es desenvolupa en l'àrea de l'economia de la salut, entre les seves principals línies es troben l'economia del tabac, el mercat de serveis d'atenció dental i aplicacions a la mesura de la innovació en sanitat, on compta amb diverses publicacions en revistes internacionals i nacionals de primer nivell. Ha estat guardonat en dues ocasions amb el premi al millor article en el camp de l'economia de la salut (anys 2008 i 2014), premi concedit per l'Associació Espanyola d'Economia de la Salut.



Joan Rovira Fornés

Enginyer tècnic, doctor en Economia. Professor emèrit del Departament de Teoria Econòmica, de la Universitat de Barcelona. Coordinador del primer postgrau a Espanya sobre Economia de la Salut. Professor associat de l'EASP. Director d'Investigació SOIKOS, SL (Centre d'Estudis en Economia de la Salut i de la Política Social), 1988-2006. Economista de la Salut Sènior per a Medicaments, Banc Mundial (2001-2004). Consultor i assessor per a organitzacions públiques i privades: Departament de Sanitat de Catalunya, Direcció General de Farmàcia i Productes Sanitaris del Ministeri de Sanitat, Ministeri de Salut Pública d'Equador, BID, Comissió Europea, OMS, OPS, OECD, UNIDO, Farmaindústria i empreses farmacèutiques. Experiència com a consultor a: Espanya, Brasil, Moldàvia, Romania, Indonèsia, Burkina Faso, Ghana, Panamà, Equador, Guatemala, Kènia, Mèxic, Vietnam. Expresident de l'Associació d'Economia de la Salut. Editor Principal de *Cost Effectiveness and Resource Allocation*.



José Antonio Sacristán del Castillo

Llicenciat en Medicina per la Universitat de Salamanca, doctor en Medicina per la Universitat Autònoma de Madrid. Especialista en Farmacologia Clínica. Màster en Administració i Direcció d'Empreses per IESE. En l'actualitat és director mèdic sènior de Lilly Espanya i Portugal, i director de la Fundació Lilly. Professor del Departament d'Epidemiologia i Salut Pública de la Universitat Autònoma de Madrid, professor de Medicina a la Universitat CEU, i professor honorífic de Farmacologia a la Universitat d'Alcalá. Patró de la Fundació General Universitat Complutense de Madrid. Autor de més de dos centenars d'articles científics i capítols de llibres sobre metodologia de la recerca clínica, economia de la salut, investigació de resultats sanitaris i bioètica. Revisor habitual de revistes com *Annals of Internal Medicine*, *Journal of Clinical Epidemiology* o *Clinical Pharmacology and Therapeutics*.



Rosa Urbanos Garrido

Professora titular d'Economia Aplicada de la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Investigadora associada del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES-UPF). Autora de més de 100 publicacions científiques. Llicenciada en Ciències Econòmiques per la UCM i en Ciències Polítiques per la UNED, Màster en Hisenda Pública i Anàlisi Econòmica per l'Institut de Estudios Fiscales i doctora en Economia per la UCM. Primera directora de l'Observatorio del Sistema Nacional de Salud, va treballar com a assessora al Gabinet de la Ministra de Sanitat i Consum i va ser directora general de Cooperació Autònoma. Extresorera de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), exsecretària de l'Asociación de Economía de la Salud, actualment és membre de Consejo Asesor de Sanidad.

INTRODUCCIÓ

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

La major part dels autors d'aquest Dossier han participat en informes anteriors, que han reflectit la preocupació pel futur en el sentit de Goethe (en anglès, per a més efecte placebo): "Knowing is not enough, we must apply. Willing is not enough, we must do".

Destacarem dos d'aquests informes: l'*Informe Abril* (Enrique Costas, J.J. Artells, Lluís Bohigas...), presentat per Fernando Abril Martorell al Congrés dels Diputats el 25 de setembre de 1991, mentre era president Felipe González, i el *Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance*, de l'Associació de Economia de la Salut, publicat el 2014 per una junta presidida per Juan Oliva¹.

En aquest número 81 de la *Revista Econòmica de Catalunya* tornen, més sàvies, autores que han estat implicades en els dos informes citats (i en d'altres), per abordar tant la presentació actual de problemes antics com els nous escenaris que van apareixent. S'ha optat per no distreure els membres més joves —i potents— de la professió d'acadèmics, gestors i investigadors sobre serveis sanitaris, les components de la nostra armada internacional, majorment dones, com Pilar García a Rotterdam o Sílvia Ondategui a Zuric. Elles, com Isabel Barreto al segle XVI, estan embarcades en inèdites travessies, tractant d'arribar a les illes Salomó o a les Marqueses de segle XXI.

No pretendrem en aquestes línies maltractar innecessàriament les contribucions magistrals que segueixen amb un resum.

¹ Disponible a http://www.aes.es/Publicaciones/SNS_version_completa.pdf.

Totes estan perfectament estructurades i inclouen conclusions. Apareixen ordenades des del més general al més particular encara que poden llegir-se en qualsevol seqüència i de manera independent:

- Dos articles sobre polítiques de salut: determinants i efectivitat de polítiques amb èmfasi en estils de vida, a càrrec d'acadèmics molt destacats de les universitats de Las Palmas de Gran Canaria, Barcelona i Internacional de Catalunya amb àmplia experiència en assessoria científica: Jaume Pinilla, Patri Barber, Beatriz González, Joan Gil i Toni Mora.
- Un article, gran panoràmica, sobre les cruïlles polítiques econòmiques i gestores, i la solvència fiscal dels instruments per al seu finançament, a càrrec de Guillem López-Casasnovas, medalla Josep Trueta al mèrit sanitari.
- Tres articles sobre gestió sanitària: el primer, relatiu a la gestió en organitzacions a càrrec de Francesc Cots i Olga Pané, responsable de control de gestió i gerent del Parc de Salut Mar, respectivament. El segon duu a terme una anàlisi de l'experiència acumulada en acords de risc compartit, una de les mesures dirigides a aconseguir el difícil equilibri entre fixar preus dels nous tractaments congruents amb la seva eficàcia i seguretat perquè la indústria obtingui beneficis raonables per mantenir la inversió en R+D i garantir, a la vegada, l'accés i la sostenibilitat del sistema de salut, de la mà d'Ana Clopés (farmacèutica hospitalària, directiva de l'Institut Català d'Oncologia) i Carlos Campillo (metge investigador epidemiòleg). El tercer, relatiu al disseny de contractes entre administracions públiques i organitzacions sanitàries privades, a càrrec

de Rosa Urbanos (Universidad Complutense de Madrid), Ricard Meneu (metge doctor en economia i director de *Gestión Clínica y Sanitaria*), i aquest coordinador exposa les eines que han de permetre millorar la interfície publicoprivada en un entorn amb una inèdita riquesa de dades i la necessitat d'un marc legal modern i assenyat, que s'ha de dirigir cap a la competència en qualitat per a la transparència.

- Sengles articles sobre dos sectors clau, indústria farmacèutica i assegurances, a càrrec de grans coneixedors d'aquests àmbits: Félix Lobo (Universitat Carlos III i president del comitè assessor per al finançament de medicaments), Joan Rovira (Universitat de Barcelona) i Pere Ibern (Centre de Recerca en Economia i Salut de la Universitat Pompeu Fabra).
- Un article sobre la clau anglesa que pot proporcionar sostenibilitat i solvència, aplicable a les polítiques i a la gestió: l'avaluació d'intervencions sanitàries, de la mà de dos dels seus més excel·sos practicants (l'un, metge i directiu, José Antonio Sacristán, i l'altre, economista, Joan Oliva).
- Un article sobre els recents desenvolupaments científics amb major impacte previsible tant en clínica com en política i gestió, és a dir, la medicina personalitzada i de precisió: promeses i maneres d'abordar-la, a càrrec d'un dels investigadors sobre serveis sanitaris més destacats d'Europa: Salvador Peiró.
- Finalment, un article de tancament, fruit en part de la lectura del Dossier, que reflecteix la preocupació davant eventuais navegacions a la deriva que podrien portar el component sanitari del nostre estat del benestar a un deteriorament irreversible, fins i tot a la subhasta pública dels seus actius. S'explica com evitar aquesta "desamortització" de nou encuny. Amb l'autoria de Lluís Bohigas, medalla Josep Trueta al mèrit sanitari com a president de la Comissió d'Economia de la Salut de Col·legi d'Economistes de Catalunya, i d'aquest coordinador.

Agraeixo en nom dels autors i també en el meu tant els suggeriments de millora rebuts com el suport prestat per part del Consell Editorial de la *Revista Econòmica de Catalunya*, del degà de Col·legi, Anton Gasol, i molt especialment el dels directors (Martí Parellada sortint, Guillem López-Casasnovas entrant) i dels secretaris del Consell de Redacció (Antoni Garrido sortint, Judit Vall entrant).

"Traginers som i en el camí ens trobarem intentant unir ciència, acció i consciència", com va proclamar Beatriz González López-Valcárcel en iniciar la seva etapa com a presidenta de la Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària.

I ja n'hi ha prou d'introducció, ja que, com diu Borges, un arriba a ser gran pel que llegeix, no pel que escriu. ■

ELS DETERMINANTS DE LA SALUT I L'EFECTIVITAT DE LES POLÍTIQUES DE SALUT

Jaime Pinilla Domínguez
Patricia Barber Pérez
Beatriz G. López-Valcárcel
Universitat de Las Palmas de Gran Canaria

A mitjan anys setanta del segle passat, l'informe Lalonde (Lalonde, 1974) assenyalava quatre grups de factors determinants de la salut (estils de vida, biologia humana, entorn i sistema sanitari). Dos anys més tard, Dever (1976) quantificava la contribució potencial a la reducció de la mortalitat de cada un d'aquests grups, respectivament, en el 43 %, el 27 %, el 19 % i l'11 %, i assenyalava la desproporció entre la reduïda productivitat marginal de l'assistència sanitària a la producció de salut i la despesa dedicada a aquesta assistència. El nivell de salut està determinat per les condicions en què les persones neixen, creixen i envelleixen; al seu torn, aquestes condicions estan directament relacionades amb factors conductuals, socioeconòmics, ambientals i d'altres tipus, entre els quals s'inclouen l'organització dels serveis d'assistència sanitària i les decisions polítiques. Gran part de les polítiques de salut són encara sanitàries i s'obvia la prevenció no clínica, la promoció de la salut i les intervencions sobre l'entorn social, les "causes de les causes". Tot i que la salut és individual, parlem de salut poblacional per referir-nos a la prevalença o incidència d'una determinada malaltia en una comunitat. A més de les intervencions individuals per mantenir o recuperar la salut —tractaments quirúrgics, per exemple—, cal considerar les intervencions comunitàries i les polítiques dirigides a grups poblacionals.

La probabilitat que una persona esdevingui malalta crònica es pot reduir amb canvis en les polítiques i amb iniciatives dinàmiques no només en l'àmbit de la salut, sinó també en altres sectors.

Les malalties no transmissibles (MNT) són la primera causa de mortalitat a escala mundial (WHO, 2013)¹. Els quatre grans tipus de MNT —malaltia cardiovascular, càncer, malaltia respiratòria crònica i diabetis— causen tres de cada cinc defuncions al món. Moltes d'aquestes malalties es podrien evitar canviant la manera en què vivim, ja que s'associen a factors de risc modificables i prevenibles com el tabaquisme, el consum d'alcohol, el consum d'altres drogues, una dieta inadequada (per exemple, amb consum excessiu de greixos, carn vermella i carn processada, begudes ensucrades, etc.) i el sedentarisme o la baixa activitat física.

Interessa establir i quantificar les relacions causa-efecte entre els factors de risc i la salut/malaltia per posteriorment definir les polítiques de salut, que actuarien eficientment sobre aquestes causes. El cost de la malaltia, o la càrrega de la

1 WHO Global NCD Action Plan 2013-2020. Ginebra, 2013.
http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/.

malaltia (*disease burden*), és un primer punt de referència sobre l'abast del problema, o la mida de l'efecte. Tanmateix, com veurem, no és suficient.

En els apartats següents es defineix el marc conceptual dels factors de risc atribuïble i la necessitat d'estimar el cost evitable de la malaltia (apartat 2), es proposa una tipologia de les polítiques segons la seva intersectorialitat i objectius (apartat 3), i es presenten els mètodes d'avaluació de les polítiques (apartat 4) i l'evidència empírica resultant de la seva aplicació (apartat 5). Finalment, l'apartat 6 tanca l'article.

Marc conceptual: les causes de les causes i els factors de risc atribuïble

El model conceptual clàssic dels determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead (1991) descriu els estrats d'influència en la salut a partir d'un model social i ecològic (figura 1). Les persones, en el nucli de la figura, tenen característiques no modificables (edat, sexe o càrrega genètica). Envoltant aquest nucli es troben els factors amb influència en la salut que són potencialment modificables, començant pels (mal anomenats) "estils de vida". És un nom desafortunat perquè sembla assignar responsabilitat individual a la persona sobre la seva salut, quan aquesta és conseqüència de determinants i condicionants socials. Les xarxes socials i comunitàries, més exteriors, poden donar suport als membres de la comunitat. Altres factors de tipus estructural com l'habitatge, les condicions de treball o

Espanya té bons indicadors de salut. Superem la UE-28 en esperança de vida en néixer i als 65 anys, i tenim millors taxes de mortalitat estandarditzada i de mortalitat prevenible

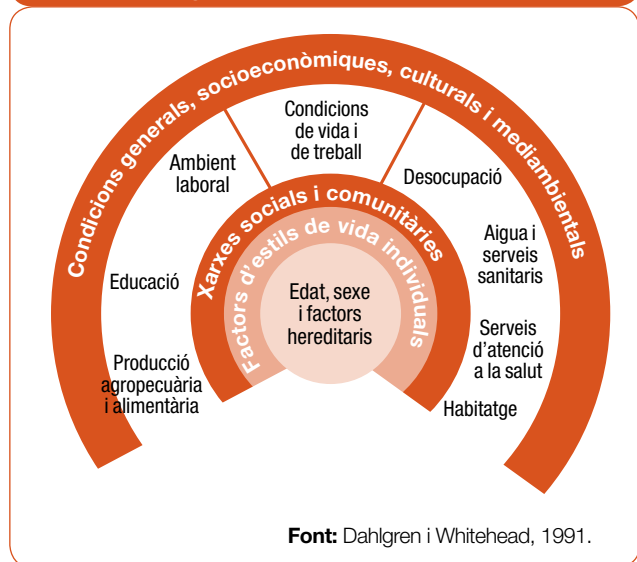
l'accés als serveis essencials (habitatge, educació, sanitat, etc.) envolten els anteriors. Finalment, apareix un grup de característiques més ampli relacionades amb les condicions culturals, socioeconòmiques i mediambientals de l'entorn.

El marc conceptual proposat per l'informe Marmot (2013), encarregat per l'OMS, aprofundeix en aquestes "causes de les causes" o determinants socials de la salut. Les interrelacions dels esmentats determinants entre si i amb la salut són sumament intricades, per la qual cosa resulta molt difícil aïllar els efectes de cada un dels factors. El model dels determinants socials implica que, atès que bona part dels factors que influeixen en la salut està fora del control de les persones, no és correcte culpabilitzar-les-en. També implica que millorar la salut (i reduir les desigualtats) exigeix el disseny d'estratègies globals, que no se centrin específicament en el sistema sanitari. Es tracta de fer Salut en Totes les Polítiques (STP).

L'Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME) manté el projecte Global Burden of Disease², que, amb metodologia homogènia, estima la càrrega de la malaltia i la seva evolució temporal, en termes de mortalitat i d'anys de vida perduts ajustats per discapacitat (DALY, en les sigles en anglès), per a tots els països per a tot el planeta. Aquest macroprojecte publica regularment a la revista *Lancet* les seves dades i resultats.

Espanya té bons indicadors de salut en comparació amb altres països europeus (European Commission, 2019). Superem la UE-28 en esperança de vida en néixer i als 65 anys, i tenim millors taxes de mortalitat estandarditzada i de mortalitat prevenible. El sistema de salut en el seu conjunt és molt eficient, perquè aquests bons resultats de salut s'obtenen amb una despesa sanitària raonable. La major part de les malalties cròniques que pateixen els espanyols tenen causes atribuïbles part de les quals corresponen sobretot a riscos conductuals

Figura 1. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead



2 <http://www.healthdata.org/gbd>.

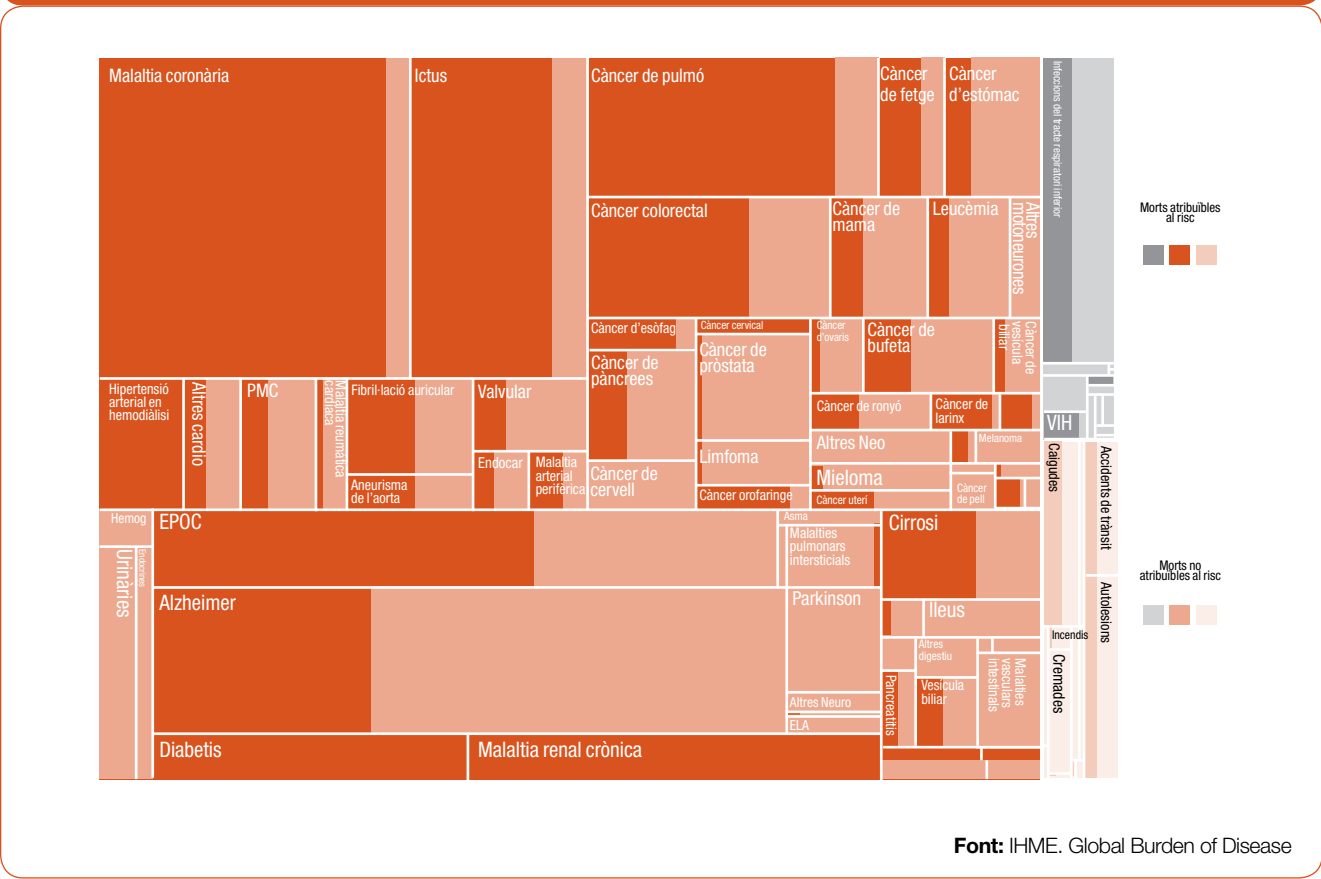
(tabac, alcohol i dieta) i metabòlics. Els factors de risc conductuals causen més d'un terç de les morts a Espanya (el 2017, segons l'IHME, s'atribuirien al tabac el 16 % de les morts; a la dieta, el 12 %; a l'alcohol, el 8 %, i al sedentarisme, el 2 %). La clau de les polítiques públiques és, doncs, com reduir els riscos atribuïbles mitjançant polítiques de salut, que no només ni sempre seran polítiques sanitàries.

La figura 2 representa la mortalitat per causes a Espanya el 2017. La mida dels rectangles és proporcional a la taxa de mortalitat. Les MNT estan en color taronja; les infeccioses, en gris, i les causes externes, en salmó. En volum més intens (fosc) es representa la part de la mortalitat que pot atribuir-se a causes o riscos coneguts. Sobre alguns d'aquests es pot intervenir (són modificables), sobre d'altres, no (per exemple, els genètics). Conèixer el cost total de la malaltia és útil per saber la importància del problema i fer advocacia de la salut. Però el que és realment rellevant és conèixer el cost evitable de la malaltia, i sobretot com es pot evitar mitjançant polítiques públiques efectives.

Imaginem per un moment un món feliç. No hi ha pobresa, ni problemes mediambientals o laborals, tota la població fa l'exercici físic recomanat i segueix la dieta mediterrània, ningú no fuma, ningú no beu alcohol sense moderació... Tot i així, hi hauria malalties, perquè, al cap i a la fi, són un senyal d'èxit de la lluita contra les infeccions, i perquè el cos es desgasta i d'alguna cosa s'ha de morir. La pregunta és, en aquest món feliç i ortorrèctic, quin seria el cost de la malaltia? Perquè el que interessa saber no és tant el cost de la malaltia sinó el cost atribuïble a factors de risc que, en principi, estan sota control de les persones i els governs, i són modificables.

Els factors de risc individuals —tabac, baixa activitat física i dieta— són els grans responsables de la major part de la càrrega de malaltia no transmissible. En un estudi (González López-Valcárcel et al., 2017), estimen el cost social de la malaltia (crònica) potencialment prevenible a Espanya, específicament la diabetis tipus 2, la malaltia isquèmica del cor i les fractures òssies per osteoporosi. La prevenció en aquest cas seria eliminar del

Figura 2. Morts per causes, Espanya 2017. Atribució a factors de risc



Font: IHME. Global Burden of Disease

mapa el tabac, l'alcohol i el sedentarisme, i optimitzar la dieta. La conclusió és que aquestes tres malalties ens costen uns 26.000 milions d'euros anuals (3,15 % del PIB), el 62 % dels quals és prevenible amb canvis en els factors de risc conductuals, i entre aquests destaquen el sedentarisme (5.153 milions d'euros) i, sobretot, la dieta (10.483 milions d'euros).

Tipologia de polítiques públiques de salut i STP

El moviment STP va inspirar la salut pública europea durant la presidència finlandesa de mitjan dècada dels 2000, i es va convertir en un nou paradigma a Europa. Aquest moviment o estratègia de Salut en Totes les Polítiques promou la incorporació d'objectius de salut en el disseny i en l'avaluació de totes les polítiques. Ha col·locat la salut a l'agenda política i representa un gran pas endavant de l'advocacia per a la salut. Però necessita una metodologia consistent i robusta *d'avaluació d'impacte en salut*, més enllà de les avaluacions econòmiques tradicionals, que no són dissenyades per avaluar estratègies multisectorials i comunitàries.

La salut esdevé un punt de confluència de les polítiques urbanístiques, sanitàries, mediambientals, laborals, d'habitatge, etc., implementades des de departaments de salut o des d'altres oficines governamentals, amb pressupostos finalistes o no. Però, per la seva part, aquestes polítiques van dirigides a múltiples objectius i poden tenir efectes secundaris no intencionals sobre la salut. A la taula 1 presentem la tipologia de polítiques segons el departament que les lidera o executa, i segons els seus objectius (únicament salut, o salut i altres objectius del benestar social). Per prendre decisions en aquest complex marc de possibilitats de polítiques, cal avaluar-les (cf. apartat 4 més endavant), sense perdre de vista que les polítiques dirigides als grans problemes poblacionals requereixen solucions multifactorials i s'assoliran millor amb intervencions comunitàries que amb abordatges individuals.

A la taula veiem exemples de millores de salut com a mitjans efectius per millorar l'educació. Segons un dels experiments de més renom en economia del desenvolupament, fet en 75 escoles d'educació primària de Kènia amb més de 30.000 estudiants³, desparasitar els escolars de cucs va augmentar la seva participació almenys un 7 %, i va reduir l'absentisme escolar en un 25 %, amb un cost realment baix: el cost per any

Els aliments sans i naturals que milloren la dieta són un dels èxits de l'agricultura i la pesca sostenibles, que preserven el medi ambient i possibiliten la regeneració dels recursos

adicional d'escolarització activa és tot just de 3,27 dòlars. Ni l'educació per a la salut ni la contractació de més mestres no haurien estat capaces d'aconseguir un impacte similar.

Altres exemples molt representatius de l'efectivitat de les polítiques intersectorials o d'altres sectors sobre la salut són les dutes a terme per la DGT (el carnet per punts, entre d'altres), que van reduir molt significativament la mortalitat en accidents de trànsit. Moltes polítiques de promoció de la salut es desenvolupen des de fora del sistema sanitari, o, encara que estiguin liderades per aquest, requereixen la participació d'altres departaments. Un cas paradigmàtic són els impostos sobre el tabac, l'alcohol o els aliments antisaludables. Des de la perspectiva d'Hisenda, són fonts d'ingressos. Des de la perspectiva de Salut, són instruments de polítiques de salut, i són més efectius com més baixa sigui la recaptació. Per això els departaments de Salut són els qui haurien d'assumir el lideratge, buscant aliances amb altres departaments del govern i fins i tot amb organitzacions privades. Els interessos econòmics de sectors amb gran poder econòmic i recursos mediàtics poden frustrar els projectes de regulació, i a Espanya tenim exemples d'èxits (tabac) i de fracassos (alcohol) dels quals aprendre (Hernández-Aguado i Chilet-Rosell, 2018; Villalbí et al., 2008). També podem aprendre d'experiències liderades per altres departaments que aconsegueixen impactes en salut, encara que no sigui el seu objectiu principal. És el cas dels moviments *From farm to fork*, liderats per Agricultura⁴. L'alimentació saludable es "ven" en verd, perquè el concepte d'ecològic està integrat en la cultura col·lectiva i arriba millor a les persones. Els aliments sans i naturals que milloren la dieta són un dels èxits de l'agricultura i la pesca sostenibles, que preserven el medi ambient i possibiliten la regeneració dels recursos naturals⁵.

3 <http://www.povertyactionlab.org/evaluation/primary-school-deworming-kenya>.

4 <https://cafarmtofork.cdfa.ca.gov>.

5 <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/5723961/KS-BU-10-001-EN.PDF/c028cee1-62bd-43db-8e87-a33f032e5cb4>.

Taula 1. Polítiques amb impacte en salut segons departament responsable i objectiu principal. Alguns exemples

Objectius →	Salut	Altres objectius socials
Departament responsable ↓		
Sanitat	<ul style="list-style-type: none"> Assistència sanitària Prevenió clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Planificació familiar Desparasitació d'escolars (Kènia)
Altres departaments	<ul style="list-style-type: none"> Promoció de la salut Carnet per punts Higiene i seguretat del treball Cloració de les aigües 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Sin taxes</i> (impostos sobre tabac, alcohol i begudes ensucrades) Plans urbans Polítiques laborals Polítiques mediambientals i actuació contra l'escalfament global Esmorzars escolars Agricultura i pesca sostenibles. <i>From farm to fork</i> Protecció del consumidor Fites històriques: dret al vot, igualtat, democràcia que va eliminar les grans fams... Sanejament bàsic, amb clavegueres Polítiques actives d'ocupació Foment de la igualtat d'oportunitats, particularment en educació

Guia per a les polítiques públiques: més enllà del principi del cost-efectivitat i de l'impacte pressupostari

És molt més fàcil, i freqüent, fer avaluacions econòmiques de tractaments farmacològics que de programes preventius. És molt més fàcil avaluar intervencions individuals que comunitàries.

El cost-efectivitat ha esdevingut el principi consensuat socialment per prioritzar i prendre decisions d'assignació de recursos en una societat, també a Espanya. No és només un principi d'eficiència, també ho és d'equitat, i un criteri moral perquè hi ha un cost d'oportunitat dels recursos destinats a una finalitat, que, per molt legítima que sigui, es perden per a altres finalitats.

El cost-efectivitat, que es refereix sempre a grups (mai a pacients individuals), està darrere del nou paradigma dels sistemes sanitaris basats en el valor. La UE ha designat un panell

d'experts sobre el tema⁶. D'altra banda, importa el cost-efectivitat de les intervencions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia per reduir la cronicitat, però també importa l'oportunitat, l'impacte pressupostari.

Avaluar el cost-efectivitat de la prevenció té problemes metodològics específics, i també problemes d'incentius. Respecte als primers, les possibilitats d'experimentació són limitades: habitualment no es poden fer assajos clínics; les conseqüències o els efectes només es percebran a llarg termini; generalment, responen a múltiples causes i tenen múltiples efectes, i molts estudis fallen en la seva validesa externa, perquè l'efectivitat de les intervencions que s'avaluen depèn d'elements culturals, del context socioeconòmic i de les condicions locals. Quant als problemes d'incentius, sorgeixen perquè no hi sol haver finançament disponible per falta d'agents interessats en els resultats (que no es poden vendre sota patent). A més, són estudis d'alt cost, sobretot si impliquen experiments socials.

Però, si bé cal saber quant costa la cronicitat que es podria evitar amb canvis de comportament i polítiques, és igualment important saber qui en finança o qui en suporta els costos. Perquè, en unes malalties més que en d'altres, una gran part dels costos són invisibles, ja que són fora del radar del mercat. Els suporten les famílies. Són els costos de les cures informals. Així, mentre que solament el 17 % dels 6.997 M€ que costen les malalties cardiovasculars a la societat a Espanya corresponen a cures informals fora del mercat⁷, aquestes cures representen el 68 % dels 14.557 M€ que costen les demències⁸.

Les anàlisis cost-efectivitat de les intervencions públiques per reduir els riscos atribuïbles (prevenció primària o secundària) i per combatre els problemes de salut són condició necessària, però no suficient, per a l'avaluació d'intervencions públiques. Altres mètodes, en procés de consolidació i estandardització, són l'avaluació d'impacte en salut i els estudis de retorn social de la inversió.

6 https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/024_valuebasedhealthcare_en.pdf.

7 Leal, J.; Luengo-Fernández, R.; Gray, A.; Petersen, S.; Rayner, M. (2006). "Economic burden of cardiovascular diseases in the enlarged European Union". *European heart journal*, 27 (13), 1610-1619.

8 Luengo-Fernández, R.; Leal, J.; Gray, A. M. (2011). "Cost of dementia in the pre-enlargement countries of the European Union". *Journal of Alzheimer's Disease*, 27 (1), 187-196.

L'avaluació d'impacte en salut (AIS) és definida per l'OMS (1999) com: "Una combinació de procediments, mètodes i eines mitjançant els quals es pot jutjar una política, programa o projecte respecte al seu efecte potencial sobre la salut de la població i la distribució d'efectes sobre la població". A Espanya s'ha aplicat per dissenyar i avaluar alguns projectes de transformació urbana, com el Projecte de Reforma Integral (PRI) d'Uretamendi-Betolaza i la Circumval·lació (UBC)⁹, o el pla urbà de Vitòria. De contingut més qualitatiu que quantitatiu, una de les fortaleses d'aquest tipus d'exercicis és el mateix exercici en si mateix, fer asseure a la mateixa taula els diversos agents, departaments i organitzacions implicats, incloent-hi els de salut. Un altre exemple notable d'estratègies multisectorials de salut que també utilitzen avaluació d'impacte en salut és el PINSAP (Pla interdepartamental i intersectorial de salut pública), actualment referit al període 2017-2020¹⁰. És una versió dels tradicionals plans de salut, adaptada a l'estratègia SPT. Els dos eixos fonamentals del PINSAP són incrementar els anys en bona salut de la població de Catalunya (promoure una Catalunya més saludable), i incorporar la visió de salut en el disseny i l'avaluació de les polítiques públiques (avaluació d'impacte en salut).

L'anàlisi del retorn social de la inversió (SROI, per les seves sigles en anglès) s'està convertint en un mètode estandaritzat per avaluar intervencions en les quals diversos grups de participants (*stakeholders*) defineixen diferents tipus d'objectius, entre els quals es pot trobar la salut. La seva gran difusió en l'última dècada prové dels esforços del govern del Regne Unit per millorar el retiment de comptes sobre els beneficis socials, econòmics i mediambientals en sentit ampli, dins del tercer sector. La llei Public Services (Social Value) Act 2012, que va entrar en vigor el 2013, requereix que les autoritats públiques considerin en els contractes de l'Administració aquests tres tipus d'impactes sobre el benestar. Per la seva part, l'Oficina Europea de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) accepta el SROI com a criteri per a la presa de decisions en salut pública amb la millor evidència disponible, que recull a través de la Health Evidence Network per a la inversió

9 http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/EIS_PRI.pdf.

10 http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/asp/so-bre_lagencia/pinsap/continguts_antics/pinsap-cast.pdf i http://salutpublica.gencat.cat/ca/so-bre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/.

en salut i benestar. Tot i que la major part d'estudis empírics sobre SROI que consideren impactes en salut són extramurs (és a dir, s'elaboren fora del sector sanitari, que és un agent més però no el líder), hi ha alguns estudis específics per a Salut (González López-Valcárcel, 2019).

Evidència sobre efectivitat i cost-efectivitat de les polítiques públiques de salut

Diversos estudis internacionals sobre el cost-efectivitat d'activitats preventives¹¹ coincideixen a concloure que:

- Les intervencions estalviadores de costos (és a dir, amb ràtio benefici-risc positiva) solen estar fora del sector sanitari. Hi destaquen els "impostos sobre el pecat" (tabac, alcohol i aliments poc saludables) i les prohibicions (de la publicitat en determinades hores, de fumar en llocs públics...) i altres regulacions coercitives, com limitar la quantitat de sal en determinats aliments (pa, cereals, margarina...).
- Entre les mesures de prevenció clínica, els tractaments farmacològics per reduir el risc absolut de determinats esdeveniments en diferents subgrups de població (les estatines, per exemple) presenten bona relació cost-efectivitat.
- La major part de vacunes incorporades al calendari vacunal són cost-efectives a llarg termini.
- Les accions municipals de tallar el trànsit els diumenges de les vies principals de les ciutats per a esbarjo, passejos i exercici físic presenten una molt bona relació cost-efectivitat, amb ràtios benefici-cost de fins a 4:1. De manera més general, el disseny de ciutats saludables és cost-efectiu en termes de salut.
- Les intervencions mediambientals solen ser molt més cost-efectives que les intervencions clíniques individuals (Chokshi i Farley, 2012).

Un cas ben estudiat és el del tabac. Hi ha evidència clara que les polítiques i els programes que busquen reduir la demanda de productes del tabac són altament cost-efectives. L'augment dels impostos que es traslladen als preus del tabac, la prohibició sobre les activitats de màrqueting i publicitat

11 Aquest apartat és una síntesi d'Oliva et al. (2018). *Economia de la Salut*. Editorial Piràmide, apartat 14.4.2.

de la indústria tabaquera, les etiquetes gràfiques amb advertències sanitàries i la implementació de polítiques lliures de fum són intervencions molt poc costoses i que, tanmateix, obtenen molt bons resultats. A mitjà i llarg termini, aquestes intervencions aconsegueixen reduir la morbimortalitat cardiovascular i per càncer de vies respiratòries i pulmó.

Conclusió

La comunitat científica fa grans esforços per calcular la càrrega de malaltia o el cost de la malaltia. Més enllà de la ciència, el que es busca, en un context d'advocacia per a la salut, és una justificació de la despesa ("inversió") en mesures que puguin reduir la càrrega de la malaltia. En aquest sentit, convé separar, amb la precisió d'un bisturí, advocacia i ciència. No hi ha una metodologia estàndard d'estudis de cost de la malaltia, encara queden aspectes crucials per estandarditzar (enfocament *top-down* o *bottom-up*?, cal incloure el sobrecost per ineficiències?, enfocament basat en la incidència o en la prevalença?). L'economia de la salut ha d'acceptar com a repte contribuir a l'estandardització d'aquests estudis.

Els sistemes públics de salut s'estructuren a l'entorn de la sanitat, i el paper de la prevenció no clínica i de la promoció de la salut és encara limitat. L'enfocament individual continua prevalent sobre l'enfocament comunitari. L'estratègia Salut en Totes les Polítiques requereix el compromís de tots els sectors i agents rellevants en la generació de salut. Aquesta estratègia de STP es basa en la idea que la salut forma part dels interessos de tothom, i implica la necessitat d'un nou model de governança en el qual les polítiques del sector salut es coordinin amb les d'altres sectors, i hi hagi compromisos a diferents nivells de govern i acords amb el sector privat. Requereix també nous desenvolupaments metodològics específics per avaluar l'impacte en salut i en altres objectius socials. Un d'aquests desenvolupaments és el de la metodologia del retorn social de la inversió (SROI), en què la salut deixa de ser l'eix central per considerar-se un entre altres grans objectius socials.

Algunes experiències, com la política de seguretat viària de la Direcció General de Trànsit, el projecte de regeneració urbana a Bilbao o els programes desenvolupats sota el paraigua del PINSAP a Catalunya marquen la direcció a seguir i constitueixen un bon exemple de com accions intersectorials poden generar efectes molt beneficiosos per a la salut. ■

Referències

- Dahlgren, G.; Whitehead, M.** (1991). *Polícies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm, Institute of Futures Studies.
- Chokshi, D.A.; Farley, T.A.** (2012). "The cost-effectiveness of environmental approaches to disease prevention". *N Engl J Med*, 367:295-7. DOI: 10.1056/NEJMp1206268.
- European Commission** (2019). *State of Health in the EU. Spain. Country Health profile 2019*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_es_english.pdf.
- Dever, G.E.A.** (1976). "An empirical model for health policy analysis". *Social Indicators Research*, 2, 455-462.
- González López-Valcárcel, B.** (2018). "Aplicaciones prácticas del método SROI". A: M. Merino i A. Hidalgo (ed.) *El método SROI en la evaluación económica de intervenciones sanitarias*, cap. 6. Madrid: Fundación Weber. Accesible en <http://weber.org.es/wp-content/uploads/2019/06/Libro-SROI-digital-1.pdf>.
- González López-Valcárcel, B.; J. Pinilla, P. Barber** (2017). *El coste de la enfermedad potencialmente prevenible en España*. Fundación Mapfre: https://www.grupoaseguranza.com/adjuntos/fichero_22844_20171114.pdf.
- Hernández-Aguado, I.; Chilet-Rosell, E.** (2018). "Pathways of undue influence in health policy-making: a main actor's perspective". *J Epidemiol Community Health*, 72(2), 154-159.
- Lalonde, M.** (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare, Ottawa.
- OMS** (1999). *Health impact assessment: main concepts and suggested approach*. Gothenburg consensus paper. World Health Organisation European Centre for Health Policy.
- Marmot, M.** (2013). *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, OMS regional Office for Europe. Report prepared by UCL Institute of Health Equity.
- Villabí, J. R., Granero, L.; Brugal, M. T.** (2008). "Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS 2008". *Gaceta Sanitaria*, 22, 79-85.

LES CRUÏLLES

DEL SISTEMA SANITARI EN LA REFORMA DE L'ESTAT DEL BENESTAR I LA SOLVÈNCIA FISCAL DELS INSTRUMENTS PER AL SEU FINANÇAMENT

Guillem Lopez-Casasnovas¹
Universitat Pompeu Fabra

Escribo aquest text per invitació del coordinador del número. Voldria fer un redactat directament adreçat a la identificació de les cruïlles per les quals travessa el sistema sanitari en el context del nostre estat del benestar i els seus problemes de finançament. Ho voldria fer des de la confiança del lector entorn de “que sé de què parlo”. M'estalviaré així peus de pàgina i referències bibliogràfiques sobre les quals fonamento les meves afirmacions. Les limitacions de l'extensió del treball així ho justifiquen per bé de donar al redactat una orientació més decidida de política sanitària.

En la primera part, concretaré les cruïlles, i en la segona, comentaré els utilitatges de la “farmaciola” fiscal d'acompanyament per donar a les sortides un finançament viable.

1 Agraïxo els comentaris de Vicente Ortún. Com és natural, els errors de comprensió són meus i es poden explicar a partir de les anàlisis més específiques de la majoria dels temes aquí tractats a la col·lecció “Health Policy Papers” del Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES) de la UPF, i que es poden trobar a <https://www.upf.edu/web/lopez-casasnovas>.

10 cruïlles per al futur del sistema sanitari

Aquestes són, segons el meu parer, les cruïlles més destacades de les sortides de les quals dependrà en bona mesura el futur del nostre sistema de salut.

Cruïlla 1. Com fer sostenible el nostre sistema sanitari

Si tenim en compte la percepció social majoritària, la sostenibilitat financera del sistema sanitari està majorment en entredit. D'una banda, tenim un sistema envers el qual la ciutadania mostra uns valors que dipositen en els poders públics la pràctica totalitat de la responsabilitat en els guariments de la salut (Fundación BBVA, Encuesta de Valores 2019: el 87 % dels espanyols consideren que l'Estat ha de tenir molta responsabilitat a l'hora de proporcionar cobertura sanitària a tots els ciutadans (el 70 % és la mitjana dels altres quatre països estudiats: Alemanya, França, Itàlia i el Regne Unit), i, d'altra banda, es detecta molt poca disposició a pagar més pel seu finançament. Els copagaments en la mentalitat actual s'identifiquen amb preus privats i no amb taxes públiques. Es manté la idea, així, que un finançament amb impostos generals (siguin quins siguin aquests) serà sempre més equitatiu que si

s'efectua des del pagament per part dels usuaris, la qual cosa òbviament no és certa. A la vegada, les pressions internes (medicalització social) i externes (evolució de la frontera tecnològica) no paren d'incrementar la despesa, i són resoltes avui de manera descoordinada, sovint amb decisions sense recolzament pressupostari suficient, que tensionen diverses parts del sistema sanitari.

La situació descrita és general i extensiva a la majoria de sistemes autonòmics, també al català. Aquest, si més no, està acostumat a pagar peatges, si bé encoberts, no explícits (doble cobertura asseguradora), amb copagaments que romanen silencis en el seu efecte tot i que el discurs de l'universalisme es manté. El major pes de l'assegurament complementari genera el dubte de si s'ha de subvencionar amb deduccions fiscals. Ara només es permet en pòlisses col·lectives, en forma de despesa a l'impost de societats, en afectar l'eliminació de les individuals de manera particular molts catalans i sectors de professionals autònoms que tenen major presència al nostre país. El debat aquí rau en si l'assegurament privat descongestiona o no la utilització pública o incrementa la utilització d'ambdós igualment. Si bé hi ha articles que tracten sobre això, l'evidència no és concloent i l'apriorisme es manté, que poc o molt, sí descongestiona. El pensionista envellit i l'autònom en moment de pèrdua d'ingressos són els col·lectius més sensibles a l'hora d'abandonar l'esforç privat en l'assegurament, amb dret de plena utilització, com a ciutadà, del sistema sanitari públic. La cruïlla és, així, si aguantarà l'assegurament privat en els nous contextos de la transició demogràfica i pèrdues de capacitat de pagament, i si el sector públic podrà fer-hi front. Un element addicional a la qüestió esmentada de la sostenibilitat.

Cruïlla 2. Si el nostre sistema sanitari és tan bo, per què hem de canviar-lo?

Espanya, i Catalunya (!), tenen un bon sistema sanitari. El millor del món, s'arriba a dir. Si així es creu, els marges crítics i de millora esdevenen molt limitats. Es reconeix que això és gràcies als professionals, per a continuació dir que aquests estan "cremats" i que volen millorar retribucions, tot i que aquesta és la base de l'eficiència i la sostenibilitat financera abans al·ludida. A Catalunya, com en altres territoris benestants, el *burn out* és possiblement menor, ja que la compatibilitat explícita o implícita de molts professionals en el sector privat cobreix llacunes. Això, està clar, deixa danys col·laterals entre professionals de distints territoris i especialitats.

Catalunya, capdavantera a entendre la sanitat des d'una concepció més oberta a la concertació i a les innovacions de gestió, en aquest moment mostra símptomes d'esgotament. I això tant per la por política de continuar innovant sense finançament propi suficient, depenent com és aquest de les transferències de l'estat, com de les pretensions també polítiques de republicar la xarxa d'utilització pública des de la suposada traçabilitat del finançament públic. Tornar a recuperar la separació entre regulació/provisió i producció, creure en l'autonomia de proveïdors a escala meso i micro, i vèncer les temptacions interventores pròpies i controladores del sistema europeu de comptes pot marcar la sortida ja definitiva de la cruïlla en una direcció o una altra. Aquí model propi requereix recursos propis i, així, un finançament més vinculat a la capacitat tributària dels catalans.

Cruïlla 3. La descentralització està qüestionant la cohesió social

La descentralització sanitària, certament, evidencia les diferències (d'accés, d'utilització, de beneficis dels serveis...) més que no les crea; però alhora els dona una via política de correcció. Resultant de decisions preses amb responsabilitat fiscal, les diferències no poden ser considerades inequitàtives. La descentralització és més part de la solució, pels processos d'emulació i millora que permet, que no del problema. Altra cosa és que, sense retre comptes, el que pugui acabar fent és propulsar la despesa pública en una espècie de mitjana mòbil sempre ascendent. Espanya no és ni el país sanitàriament més descentralitzat del món ni el més desigual. De fet, territorialment parlant, els estats més centralistes són els que més desigualtat mantenen, entre d'altres raons, perquè no necessiten justificar davant de cap parlament regional les diferències que mantenen. A més, d'acord amb els barems que fa servir l'OCDE, observant el nivell d'autonomia fiscal, de discrecionalitat en despesa, de capacitat d'establir marcs pressupostaris propis i compromisos de despesa a llarg termini, Espanya és més un estat constitucionalment unitari més que no fiscalment federal.

Com evolucionarà tot això des de la política en el futur és una gran incògnita. Si no s'accepta finalment certa asimetria en el finançament autonòmic, les forces operaran previsiblement cap a la uniformització, a dotar de nous poders de despesa el Ministeri i a regulacions més efectives en nom suposadament de "la cohesió y la calidad del sistema". La cruïlla és, aquí, si la pressió uniformitzadora permetrà parlar encara de "sistema sanitari català".

Cruïlla 4. Com el sistema sanitari acull la innovació

Davant la innovació i l'extensió en el temps del coneixement per operar una veritable medicina basada en l'evidència, la disjuntiva és “esperar i veure”, amb la qual cosa es poden generar errors tipus 1 —alguns beneficis es poden perdre per la falta de decisió—, o acceptar les innovacions, amb les pèrdues associades a l'error tipus 2 —pel qual allò que acaba mostrant-se inefectiu esdevé pur malbaratament—.

En el món real, un actiu mostra el seu valor quan els usuaris els consumeixen. Però en sanitat, la informació dels usuaris o prescriptors és molt menys que perfecta i l'ús no té igual significat que en els béns privats. Si això fa per a una cruïlla macro, en el camp de la micro i mesogestió els sistemes de pagament als proveïdors necessiten adaptar-se als canvis que venen. Previsiblement això farà que es reforcin les decisions incertes amb una major autonomia dels proveïdors. Aquests disposaran d'un *assessment* més o menys tècnic, però l'*appraisal*, l'aplicació al cas concret, no crec que es pugui sostreure dels decisors meso-micro. Per protegir-se del risc és probable que ells busquin compartir risc. Especialment si el seu finançament és per resultats (i no per fer o ésser) i competeixen en la incorporació d'innovacions. El sistema retributiu haurà de variar, particularment, quan amb la digitalització canvia el concepte de visites i amb la innovació els processos més que els productes en són objecte. De manera que els pagaments hospitalaris tipus DRG i altres casuístiques perden la virtualitat.

La cruïlla aquí la tenim en el fet que, per una banda, volem prevenir però incentivem l'activitat, i, per altra banda, volem afavorir la integració i la coordinació però el sistema sufraga la despesa miscel·lània d'agents segmentats. Cal repensar el pagament i l'autonomia que es doni als proveïdors.

Cruïlla 5. El sector del medicament, sospitós habitual, no redimible

La indústria del medicament mostra sovint les cotes més altes d'innovació, de vegades amb èxits clamorosos, i moltes altres, amb déficits que s'intenten cobrir amb els primers. El repte rau aquí en com compensar la innovació sense forçar encara més el règim de patents i com compensar preus que tinguin a veure amb el valor quan aquest no es coneix amb certesa, almenys en el curt termini. Quan la innovació farmacèutica no substitueix sinó que complementa. Quan la dispensació hospitalària de certs fàrmacs creix a doble dígit. Enfront d'això, el nerviosisme del finançador, des d'una regulació prou grollera

“La indústria del medicament mostra sovint les cotes més altes d'innovació, de vegades amb èxits clamorosos, i moltes altres, amb déficits que s'intenten cobrir amb els primers”

(entra o no entra, i si ho fa compta amb idèntic reemborsament públic), té propensió a substituir la política farmacèutica per una d'estricta control de la despesa (“capant”, per exemple, el seu creixement segons l'augment del PIB nominal, o amb vinculacions similars). Aquesta política no distingeix productes amb diferent contribució innovadora, efectes preu i efectes quantitat (nombre de receptes), i planeja retorns financers molt complicats des de patronals de producció amb capacitat d'actuació monopolística contra un suposat monopsonista. En tot cas, i erròniament, aïlla el medicament com a input de la resta de factors de la cadena de valor, de manera que els efectes substitució amb altres inputs respecte de productivitats relatives, s'entorpeixen. En tot cas, no està clar com integrar la cadena (de la població sana als inputs de consum final —típicament medicaments—) o des del fàrmac al tractament de diferents tipus de malalts (integrant cures domiciliàries o ingressos hospitalaris). Però sí que saben que aïllar una sitja tan heterogènia com la del medicament, respecte de la resta de finançament del sistema, té poca base científica.

Cruïlla 6. Tindran els nostres polítics prou nassos per prioritzar i aguantar-ne les conseqüències?

Els sistemes públics funcionen sobre la base de la prioritització. Aquesta ha de poder sorgir de l'avaluació, no només de les innovacions, sinó també del qüestionament de les pràctiques obsoletes. No només es tracta de *do* sinó d'*undo*, en termes anglosaxons.

Per a aquesta tasca, els economistes de la salut trebalem amb l'instrument, unitat de compte, anys de vida guanyats ajustats per qualitat (AVAQ); és el nostre numerari del cost d'oportunitat de tractaments i de resultats per beneficiaris. Hi ha, però, un ampli debat amb components ètics de si per a la societat “un AVAQ és un AVAQ”, indistintament de a qui acreixi. Contra aquesta idea, que té força ressò quan s'aplica a malalties rares, sense tractaments alternatius, que siguin de

final de vida, etc., sorgeixen propostes basades en l'anàlisi de decisions amb criteris múltiples (MCDA). Aplicar aquest algoritme a la prioritització pot ser una invitació, si es generalitza, a ordenar amb criteris inconsistents i ad hoc. Sembla raonable, en tot cas, que si es vol utilitzar la MCDA, es faci amb transparència i es limiti a les decisions de dotar de sitges (fons de finançament) diferenciades per tractaments o potencials beneficiaris. Però no es veu raó que dintre de cada sitja (la disposició a tractar entre, diguem, malalties rares o entre aquelles sense alternatives terapèutiques) no s'hagi d'utilitzar l'AVAQ.

Feta la prioritització, el repte rau en el fet que les pressions polítiques no la malbaratin *ex post*, ja que així es deslegitima el procediment *ex ante*. Ho sabran fer els nostres responsables de la política sanitària? Respectaran aquells resultats els nostres polítics i aguantaran les pressions dels pacients afectats, de la indústria interessada i dels professionals agafats a contrapeu?

Cruïlla 7. El mutualisme administratiu: un fetitxe o una pedra a la sabata del sistema general

A Espanya, els sistemes del mutualisme administratiu (MUFACE per als funcionaris de l'Estat, MUGEJU per als jutges i ISFAS per a les forces armades), amb la seva lliure elecció entre asseguradores privades conveniades, posen constantment en entredit la legitimitat del sistema dibuixat per la Llei general de sanitat. La seva extensió pautada o la seva abolicció haurien de marcar la sortida *de la pedra a la sabata*. La credibilitat de l'equitat perseguida pel sistema en general la treuen les xifres dels mateixos funcionaris que, quan poden, elegeixen sobretot, per les raons que sigui, l'assegurament privat a cost per a ells nul.

Implícita en el debat teòric no resolt sobre privilegis funcionaris, trobem la qüestió de les bondats de la lliure elecció; un dret avui reservat per als nostres mufaces, mugejus i isfas (militars). Representa un veritable "val" (un dels pocs *vouchers* existents a la gestió pública espanyola). Les seves virtuts són debatudes pel que fa al grau de selecció adversa que contenen i les transferències de risc, de privat a públic, "descremant" el mercat. Les anàlisis haurien de focalitzar més, segons el meu parer, en la selecció de serveis que ofereixen, amb la major qualitat possible, les asseguradores privades, més que no la selecció de riscos personals, més difícil o impossible operant amb registres oberts (*open enrolment* en la

decisió de cada beneficiari el 31 de gener). Els resultats no són clars pel que fa a la rendibilitat per a conveniadors i conveniats d'aquests acords amb les tarifes existents. Però una asseguradora pot sempre subsidiar transversalment la tarifa pública si l'afiliat administratiu acaba subscriuint una prima addicional per a altres serveis complementaris que siguin més profitosos (*topping up*) per a l'asseguradora. Hom pot detectar en aquest sentit un sector privat que basa la seva pervivència en com pitjor va el sector públic millor per a ell, i un altre que voldria un sector públic amb musculatura financera suficient per convenir establiment amb el privat.

En la cruïlla del paper del sector privat en un sistema sanitari públic també necessiten més avaluació els anomenats *partenariats públics i privats*. De l'experiència coneguda es veuen llums i ombres. Aquí els perjudicis polítics obnubilen sovint i també els prejudicis ideològics dels economistes de la salut.

Cruïlla 8. Com tractar una població cada cop més envellida

No ens trobem davant d'un factor exogen que marqui l'evolució previsible de la despesa sanitària en el futur. Com en tantes altres coses del sistema de salut, com s'hagi d'atendre a l'envelliment poblacional és una qüestió endògena, de pràctica clínica, i, si es vol, de protocols. No és l'envelliment, com és més que sabut en la literatura de l'economia de la salut, sinó la proximitat a la mort, afortunadament cada cop més retardable, la que dispara la despesa sanitària en el tram final al llarg de la vida d'una persona. Però com es confronta, per part de l'individu i des del sistema, el final de la vida, és decisiu: des de les cures pal·liatives fins a l'*acarnissament* terapèutic hi ha un abisme, amb l'acceptació social, amb fortes conseqüències en costos del sistema i també del benestar dels pacients.

Les prediccions a futur —per exemple, per valorar la sostenibilitat d'un sistema—, a més, són molt sensibles a l'evolució tecnològica i a la sensibilitat social. Un referent similar es pot també establir en el tractament de prematurs, si bé d'importància desigual.

El repte rau aquí en l'evolució que tingui la cultura social i la pràctica clínica en els tractaments del final de la vida.

Cruïlla 9. Obesitat, estils de vida, conductes de risc

En el passat, una certa obesitat indicava benestar, opulència, si es vol. Avui aquesta és un predictor de pobresa. Com ho és per a la desigualtat obrir la boca d'un infant. En el passat, els

mercats de treball eren relativament estables i tant l'hàbitat com les condicions de vida per bé o per mal eren més previsibles. Avui, en el mercat laboral, tot és incert. L'obsolescència del capital humà la marca una tecnologia que porta tant a escenaris transhumanistes com a la fi del treball, amb la substitució de l'home pel robot. Algunes satisfaccions de la vida s'associen cada cop més a conductes de risc: el gust de córrer, fruir de noves aventures, el plaer d'assumir risc i mostrar èxit com a formes supremacistes supremes. Els efectes de tots aquests elements tenen externalitats i internalitzats a mitjà-llarg termini (obesitat infantil avui, diabetis demà; sexe sense condons i infeccions VIH, etc.). Les taxes de descompte aplicades a aquestes polítiques són decisives per afavorir-ne la prevenció o no, com en algunes vacunacions, certes polítiques educatives o alguns nous fàrmacs.

En un món polític curtterminista no es pot donar per garantit que l'alternativa prevenció sigui la cruïlla de sortida. La medicalització social i cert *disease mongering* ("fabricar" noves malalties) hi juguen a la contra. En tot cas, valorada la prevenció, en el curt termini no estalvia cap política reactiva (per allò del passat no previngut), suma de recursos que complica encara més els marcs pressupostaris.

Cruïlla 10. Què vol ser el sistema en el futur?

Un SNS o un SAS?

Els sistemes públics europeus són de genètica diversa. Uns beuen dels serveis nacionals de salut "a la manera britànica": SNS, serveis administrats, amb aspiració homogènia nacional i amb mirada a la salut poblacional; almenys en teoria. Uns altres (SAS) es configuren com a sistemes (engranatge de múltiples agents) d'assegurament (és explícita la cobertura i l'afiliació) social (finançament públic de prima comunitària, no ajustada actuarialment al risc individual). Els dos sistemes són de naturalesa pública (regulació, finançament i sovint provisió). El segon es complementa fàcilment amb primes (per serveis addicionals) i copagaments (per limitar la demanda). El primer (SNS) explicita que no raciona per la via de preus, si bé ho fa per quantitats: llistes d'espera, exclusions de prestacions en paquets bàsics, sovint no per manca d'eficiència sinó per un cost-efectivitat considerat massa elevat, la qual cosa equival a un copagament del cent per cent. Els SAS solen comprometre en despesa més recursos públics que els SNS, si bé part provenen de contribucions altres que dels impostos. Gasten més però solen mostrar nivells de satisfacció més elevats entre la població (més elecció, més accés). Els SNS es-

tan sovint més intervinguts, funcionen amb llistes d'espera, prioritzen més durament sense admetre complements... i frustren més expectatives de consum de certs usuaris; en aquest sentit els SNS serveixen d'entrada més als interessos dels contribuents que dels pacients.

Ambdós sistemes tendeixen a convergir en les respostes, ja que els vectors que impacten sobre ells són els mateixos: l'envelliment poblacional, la innovació i el turisme sanitari. Però un sistema no pot jugar la lliga de l'altre, ni viceversa. Si es vol un SAS, el catàleg pot ser més ampli i, a major capacitat d'elecció o menor eficiència relativa, més copagament. Des d'un SNS que no accepta copagaments explícits, la prioritització del paquet bàsic (entra/no entra) ha de ser més dura i diàfana. Les dues coses alhora són impossibles. En la cruïlla de la sostenibilitat i la solvència (com solventar els diversos reptes), l'algoritme ha de ser coherent.

La sortida d'aquelles cruïlles vindrà molt marcada per la disposició a finançar les diferents alternatives, que passaran a ser o no factibles d'acord amb l'esforç fiscal o financer que la societat accepti assumir. De la farmaciola de possibilitats de tractament voldria recollir en aquesta part final algunes possibilitats.

La farmaciola fiscal per fer front a la sortida de les cruïlles de manera solvent

Per poder avançar en el finançament públic dels serveis de benestar, el sistema fiscal espanyol presenta avui patologies que van des de les distorsions que imposa la dualitat fiscal en el tractament de les rendes de treball i de capital, fins als desequilibris entre l'impost de la renda de les persones físiques i el de societats, entre el tractament del consum i l'estalvi, entre patrimoni guardat, donat o heretat... tant per al bon funcionament de l'economia com per a l'abast resultant de l'elusió i frau fiscal, que deslegitimen el sistema tributari.

Amb la capacitat recaptatòria minvada, la sostenibilitat de l'estat del benestar es qüestiona en tota etapa de cicle normal i baix, fora de l'alternativa del dèficit públic, i faltats de provisió de reserva. Per altra banda, els seus ressorts de solvència pressupostària, per resoldre contra i procíclicament, amb un bon funcionament dels estabilitzadors automàtics i polítiques fiscals discrecionals, són molt minsos.

Per donar tractament fiscal als canvis necessaris, l'objectiu més bàsic és comptar amb informació (que és sempre de

naturalesa privada), per poder distingir a l'hora de fer tributar els agents econòmics entre esforç individual, capacitat —capital humà— i sort, en un gradient que vagi de menys a més pressió fiscal.

La fiscalitat ha recuperat l'interès de la teoria econòmica no tant per la seva capacitat redistributiva, limitada pels seus efectes sobre la creació de riquesa, com per la seva capacitat potencial d'actuació anticíclica, incidint en la renda residual (capacitat de despesa) ja per compensació neta del treball o generació de fluxos de determinats actius, corregint l'*output gap*, afectant la productivitat de l'economia, el *timing* de les respostes a les correccions i a través de les noves formulacions de l'economia digital: millor identificació dels contribuents, dels fets imposables, contra el *proxit tax shifting* o BEPS, i en el lligam de les bases de dades fiscals amb la dels beneficiaris de les polítiques públiques. Entre els reptes, però, de l'economia global que el canvi digital permet, es troben els "zappers" de les noves formes d'elusió fiscal, el comerç *on line* i el nou *software* que borra la traçabilitat de determinades operacions. La vulnerabilitat de la ciberseguretat rau sempre en la part més dèbil del control i la regulació públics.

La complexitat dels tractaments fiscals a la recerca de l'equitat prové, per una banda, de la realitat econòmica observada de la concentració i elevada magnitud dels guanys d'uns pocs que aconseguen amb la innovació tecnològica, més que des de la constància de l'emprenedoria, en el sentit d'esforços recurrents i de inversió sectorial. El *one winner takes all* força a una nova fiscalitat que eviti la polarització, i que sota la premissa de la utilitat marginal decreixent de la renda permeti tipus molt elevats per a aquells pocs guanyadors de molta fortuna. Cal també adreçar la qüestió de com el capital i la robòtica estan reemplaçant part del treball, i com així la fiscalitat del valor afegit hauria de guanyar pes respecte de l'alternativa imposició sobre nòmines. Més sofisticat resulta el repte de seguir els moviments de les plataformes de monedes i del *blockchain* en particular i l'anomenat *computing cognitiu (machine learning)*. I des de l'òptica de la pràctica del control de les transaccions, les oportunitats de canvis de base de localització dels beneficis multinacionals, que requereixen nova *expertise*.

Un aspecte gens menyspreable de la nova fiscalitat solvent per al sosteniment de l'estat del benestar ha de tenir base mediambiental i considerar els aspectes que afecten els estils de vida. I això, no tant per la seva capacitat recaptatòria, com

L'impost de successions té un paper indiscutit, fins i tot des de posicions liberals, en tota societat que es vulgui més justa i meritocràtica

pel seu caràcter de doble dividend: de recaptació a càrrec de l'usuari si la demanda es manté inelàstica, o sense generació d'ingressos però estalviant despesa i millorant benestar si l'impost incideix en demandes elàstiques. Així, per exemple, en el cas dels impostos sobre begudes excessivament ensucrades, aliments amb greixos saturats, impostos mediambientals contra la contaminació i ecotaxes per determinats fruites de la natura i manteniment del ecosistema.

També requereix repensar la fiscalitat de tots aquells patrimonis empresarials no afectats en l'activitat societària. El diferent tractament que reben aquells patrimonis a través de l'impost de societats, que pel fet de gravar beneficis permet encaixar la deducció de despeses diverses, enfront del gravamen dels ingressos de les persones físiques, i que recull amb dificultat a les seves bases els beneficis en espècie que es deriven de la utilització de part d'aquell patrimoni societari. Un impost així sobre el patrimoni de les persones jurídiques no seria descartable, de cara a dinamitzar l'economia no tant sols per desincentivar el remansament de beneficis que s'observa, sinó per gravar "en origen" aquell patrimoni no afecte a l'activitat empresarial.

L'impost de successions té un paper indiscutit, fins i tot des de posicions liberals, en tota societat que es vulgui més justa i meritocràtica. Ha de gravar increments de capacitat econòmica per renda no guanyada. Eximir el primer parentesc pot no ser, així, suficient. No hi caben, però, tipus molt elevats, ni una jungla de deduccions i exempcions suposadament reparadores d'arbitrarietats que acaben oferint moltes oportunitats d'elusió fiscal, que fan que només acabin pagant l'impost els pocs, que no són els qui haurien de fer-ho, oferint un gran argument d'aval als abolicionistes.

Finalment, en termes de productivitat, l'objectiu de la nova fiscalitat solvent rau a reduir les distorsions en l'assignació de recursos per raó d'asistemàtiques deduccions fiscals, no ani-

vellant suficientment el terreny de joc afavoridor d'un arbitratge fiscal no volgut, reduir els costos del compliment fiscal i eliminar arbitrarietats del tipus tractament de l'endeutament *versus* finançament propi, entre tipus d'actius i entre els àmbits formals i informals de l'economia productiva.

Reflexions finals. Solvència del sistema fiscal, sostenibilitat de l'estat del benestar i orientació de la sortida en les cruïlles del nostre sistema sanitari

La sostenibilitat és un concepte eminentment polític. Depèn del finançament que la societat estigui disposada a dedicar-li. És opinable la pressió fiscal que una economia pot suportar. Depèn de moltes coses. També del retorn de serveis públics —els seus efectes en la creació de renda i riquesa, i així de noves bases imposables—, el context internacional en el qual l'economia competeixi, el pes de la fiscalitat a l'escandall de costos i l'orientació productiva que té l'economia (els serveis el suporten millor que els béns comercialitzables).

Més interessant és la *solvència* d'un sistema fiscal, en el sentit dels ressorts amb què compta la intervenció pública per fer front a reptes econòmics i socials canviants. Solucionar problemes requereix mirada ampla: conèixer bé la incidència fiscal i el grau de capitalització de cada actuació financera o real, mantenir una perspectiva d'equilibri general de l'economia, de pressupost equilibrat a les finances públiques, de capacitat d'anàlisi de la incidència diferencial dels impostos, al llarg del cicle vital, intergeneracionalment i intrageneracionalment amb generacions solapades, etc. Donar solució a reptes fiscals, com el de la sostenibilitat de l'estat del benestar, requereix posar al radar en quina part de les prestacions es merita des del finançament contributiu i en quina del no contributiu, en el finançament que té lògica que vagi a càrrec ja del contribuent, ja de l'usuari. Requereix el coneixement de la tècnica fiscal d'actuacions per la via dels tributs, impostos o preus; de les deduccions fiscals o de les despeses equivalents; del finançament ordinari o extraordinari (dèficit i deute sota regla d'or, alienació oportuna d'actius a canvi de despesa en inversió o substitució d'endeutament). I, finalment, si l'opció de resposta solvent és la impositiva, no ignorar l'excés de gravamen (l'eficiència econòmica) lligat a cada categoria impositiva, i com l'equitat es ressent o millora els seus balanços d'acord amb l'instrument utilitzat. D'aquí la importància de valorar els aspectes de benestar de la imposició quan es parla del benestar derivable de nova despesa social.

Dintre d'una política social, la despesa en salut té una contribució important en el creixement econòmic i en la cohesió social. Però, alhora, pot ser el graó dèbil d'una baula de l'estat del benestar, molt valorada però amb poca disposició social a finançar-lo, des d'una cultura pobra sobre les responsabilitats dels guariments. El nostre sistema sanitari ha vist sovint coartada la possibilitat de nou finançament, tant des de l'esforç fiscal, que tot i l'escàs marge de maniobra ha estat impugnat reiteradament per l'estat, com de la millora del finançament i reducció del dèficit fiscal. En aquest context, remarcuem que a Catalunya el desànim entre les parts és gran sobre la potencialitat d'un sistema sanitari que s'ha reconegut amb un bona diagnosi de present però que presenta bastant una mala prognosi de futur; especialment, segons quines siguin les cruïlles, d'entre les aquí analitzades, per les quals acabi transitant. ■

ESTILS DE VIDA: QUÈ ES POT FER DES DE LES POLÍTIQUES I DES DELS INDIVIDUS?

Joan Gil

Departament d'Economia i BEAT (Barcelona Economic Analysis Team), Universitat de Barcelona

Toni Mora

Research Institute for Evaluation and Public Policies (IRAPP), Universitat Internacional de Catalunya

Els estils de vida (EV) no saludables (com, per exemple, fumar, beure alcohol en excés, consumir drogues, seguir una dieta pobre, tenir una vida sedentària, mantenir relacions sexuals de risc o dormir poc) són els tipus de comportaments relacionats amb la salut que tractarem en aquest article. Aquests —com l'atenció mèdica, les medecines, la renda o el nivell educatiu— són determinants claus de l'estat de salut i es caracteritzen, en part, per ser resultat d'una elecció personal, per la qual cosa, doncs, són modificables.

La taula 1 mostra l'evolució d'alguns d'aquests hàbits poc saludables a Catalunya en els darrers vint anys a partir de les dades de l'ESCA (Enquesta de Salut de Catalunya), tot i que són dades autoreportades. Així, la prevalença del consum de tabac en ambdós sexes ha disminuït significativament al llarg del darrer anys (del 32,1 % el 2002 fins al 25,6 % el 2018), per bé que aquest és més alt en grups d'edat més joves i amb estudis més baixos. Quant a la prevalença del consum de risc d'alcohol en la població de majors de 15 anys, no es veu una tendència clara sinó irregular

i a estabilitzar-se a l'entorn del 4 %, per bé que és molt més elevada per als homes.¹ En relació amb l'exercici físic, les dades mostren una certa caiguda entre el 2010-2014 coincidint amb la recessió econòmica, però una notable recuperació d'ençà i fins al 2018, que arriba a 8 de cada 10 persones d'entre 15 i 69 anys que fa activitat física saludable. Singularment, les taxes més elevades es registren en els homes amb estudis universitaris. Finalment, pel que fa a l'obesitat ($IMC \geq 30$ kg/m²) relativa a la població de 18 a 74 anys, es pot veure una tendència gradual a l'alça, que en els darrers anys és més alta entre els homes. Segons les dades de l'ESCA de 2018 hi ha un gradient social en l'obesitat a Catalunya força notori, ja que és més alta aquesta condició entre els qui tenen estudis primaris (o menys) o els que pertanyen a la classe social menys afavorida.² Tendències molt similars es poden observar per al cas de la població espanyola sobre la base de les dades de la Encuesta Nacional de Salud.³

L'objectiu d'aquest article no és cap altre que discutir breument quins són els principals efectes per a la salut dels EV no saludables, traçar algunes explicacions de per què s'observen aquests mal hàbits en la població i, finalment, evidenciar algunes polítiques per tal de modificar-los en la bona direcció.

1 Consum de risc en homes és un consum setmanal d'alcohol \geq 28 UBE, mentre que en el cas de les dones és de 17 UBE; o bé 5 consumicions d'alcohol seguides almenys un cop al mes durant el darrer any. Una UBE (unitat de beguda estàndard) és igual a 10 grams d'alcohol pur.

2 Gradient que es repeteix en malalties cròniques relacionades com la diabetis o la hipertensió.

3 Disponible a: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>.

Taula 1. Evolució temporal dels estils de vida no saludables a Catalunya

	2002	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consum de tabac	32,1 %	29,4 %	29,4 %	29,5 %	28,5 %	26,5 %	25,9 %	25,7 %	24,7 %	24,0 %	25,6 %
Consum de risc d'alcohol	4,5 %	4,5 %	6,2 %	4,7 %	3,9 %	3,9 %	4,5 %	3,8 %	4,5 %	3,4 %	4,0 %
Activitat física saludable (*)	Nd	Nd	72,2 %	71,6 %	70,5 %	68,6 %	67,8 %	74,2 %	80,9 %	80,7 %	82,8 %
Obesitat	Nd	12,7 %	11,8 %	13,7 %	13,8 %	14,2 %	15,0 %	14,7 %	14,6 %	14,9 %	14,9 %

Notes: Les dades es refereixen al total de població (ambdós sexes). La població de referència pel que fa al consum de tabac (diari + ocasional), alcohol i hores de dormir són els majors de 15 anys; la d'activitat física, els de 15 a 69 anys, i la de l'obesitat, els de 18 a 74 anys. (*) Fins a l'any 2015: instrument International Physical Activity Questionnaire curt-adaptat; a partir de 2016: instrument IPAQ. Nd: dada no disponible.

Font: diverses enquestes de l'ESCA (Enquesta de Salut de Catalunya). Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.

Estils de vida i efectes adversos

La literatura ha evidenciat nombrosos i diversos tipus d'efectes adversos dels EV no saludables sobre la població. Primerament s'ha demostrat que aquests hàbits són un factor de risc elevat de contraure diverses malalties cròniques —malalties cardiovasculars (CVD), certs tipus de càncers, malalties respiratòries, cirrosi, diabetis tipus 2, hipertensió arterial, colesterol o obesitat—, que afecten negativament la qualitat de vida de les persones i fan indispensable el canvi d'aquests hàbits per part dels individus afectats i de les autoritats sanitàries. L'estreta relació entre EV gens sans però modificables i morir prematurament és més que evident (McGinnis i Foege, 1993; McGinnis et al., 2002). Així, a partir d'una metaanàlisi referida a disset països, Loef i Walach (2012) mostren que la combinació de diversos EV saludables (no fumar, beure alcohol moderat, fer exercici físic regular, dur una dieta saludable i tenir un pes normal) està associada a una disminució de la mortalitat del 66 %, en comparació amb els individus que no n'adopten cap. De manera similar, Li et al. (2018), mitjançant dades d'enquesta referides als Estats Units durant tres dècades, mostren que l'adherència als esmentats cinc hàbits sans podria prolongar l'esperança de vida a l'edat de 50 anys en uns 14 anys, en dones, i en 12,2 anys, en homes, respecte d'aquells que no en segueixen cap. En segon lloc, però no menys important, són els efectes negatius d'alguns d'aquests EV no saludables sobre la salut mental, com ara depressió, ansietat, esquizofrènia, deteriorament cognitiu, irritabilitat... Finalment, convé també no oblidar els impactes dels mals hàbits de salut, principalment l'alcoholisme i el consum de substàncies addictives, sobre *outcomes* com el comportament agressiu, certes activitats criminals, abusos sexuals, incendis, accidents de vehicles, a banda d'un menor rendiment escolar, condicions de treball o salaris (Corman i Mocan, 2015).

Estils de vida: determinants

Hi ha diverses teories que justifiquen l'elevada presència dels EV no saludables en la població, malgrat que els seus efectes perjudicials són àmpliament coneguts (Cawley i Ruhm, 2011). En primer lloc hi ha els que diuen que aquests hàbits són simplement el resultat d'eleccions racionals i consistents, de manera que el consum de béns addictius (com l'alcohol, el tabac o la cocaïna) o bé l'addicció en general (al menjar, al treball...) obeeix a un comportament plenament racional maximitzador de preferències estables en el temps que té en compte que el consum d'aquests béns tindrà efectes adversos en la salut i en la renda en el futur (Becker i Murphy, 1988). Aquest enfocament de la *rational addiction* ha estat evidenciat empíricament. Un exemple és el treball de Becker et al. (1994) sobre el comportament addictiu al tabac amb dades agregades dels EUA.⁴ En l'àmbit espanyol, Labeaga (1999), sobre la base d'un model de consum de tabac no-lineal de “doble-tanca” i dades individuals de panell espanyoles, té en compte l'heterogeneïtat no observada i la presència de regressors endògens.

En segon lloc, altres autors creuen que l'adopció d'hàbits no saludables és una conseqüència d'un “descompte” inadequat que tendeix a premiar els plaers del curt termini (Cawley i Ruhm, 2011). De fet, Fuchs (1982) evidencia l'existència d'un gradient educatiu en les taxes de preferència temporal, de manera que, com més educació, menor taxa de descomp-

4 Concretament, Becker et al. (1994) mostren que els efectes preu creuats són negatius i que l'elasticitat preu de la demanda a llarg termini supera la de curt termini, de manera que uns preus més baixos del tabac en el passat i el futur també tendiran a incrementar-ne el consum corrent. Així doncs, el consum (addictiu) del passat tendeix a reforçar l'actual.

te o major paciència, que resultarien en hàbits més saludables i millor salut. De manera similar, Becker i Mulligan (1997) consideren que l'escolarització (com ho és la cultura o la riquesa) és un recurs per disminuir la mateixa taxa de preferència temporal, una "inversió" en major paciència que faria que els plaers futurs fossin menys remots. Específicament, en relació amb l'obesitat, s'ha documentat una associació positiva entre la taxa de preferència temporal i l'obesitat per la via d'una dieta més rica en calories i poca activitat física (Komlos et al., 2004).⁵ No obstant això, aquest enfocament explicatiu ha estat qüestionat per la insuficient significació estadística o dèbil correlació que, segons aquestes teories, caldria esperar entre diferències en taxes de descompte i variacions en comportaments no saludables (fumar, beure alcohol i obesitat), en prevenció (adherència medicaments, vacunacions o cribratges de càncer...) o en canvis d'estils de vida en el temps en cada individu (Cutler i Glaeser, 2005; Cutler i Lleras-Muney, 2010).⁶

En tercer lloc, l'adopció d'EV no saludables es pot explicar per les limitacions cognitives pròpies dels individus que els duen a no poder preveure totes les conseqüències adverses de les malalties associades, i persisteixen, doncs, en aquests comportaments poc sans (Cawley i Ruhm, 2011). Sembla novament que les habilitats cognitives estarien desigualment distribuïdes en la població i que s'hi observa un gradient educatiu. En aquest sentit, Cutler i Lleras-Muney (2010) estimen que a l'entorn del 30 % del gradient educació i hàbits no saludables als Estats Units i el Regne Unit s'explicaria per variacions en les habilitats cognitives influenciades per l'educació. De manera similar, la racionalitat limitada (*bounded rationality*) a la qual els humans estaríem sotmesos —violant el supòsit de racionalitat i previsió perfecta— podria explicar certs comportaments no saludables. Segons Akerlof (1991), la racionalitat limitada podria significar, en entorns de presa de decisions repetides en el temps, que les diverses eleccions fetes pels individus acumulessin grans errors. Aquest autor cita el fenomen de la procrastinació que duria a posposar tasques (deixar de fumar, fer exercici físic, etc.) fins a

l'endemà sense preveure que quan sigui demà aquesta decisió tornarà a ser posposada novament.

En quart lloc, hi ha qui pensa que l'adquisició dels comportaments no saludables —que solen iniciar-se en l'adolescència— es deu al fet d'haver nascut i crescut en un entorn social desfavorable. Segons Marmot (2015), al darrere de tot plegat cal trobar-hi la pobresa, l'exclusió social i el desempoderament. Com que aquestes situacions no estan homogèniament distribuïdes en la societat, els EV no saludables, tampoc. Hi ha un *gradient social* com passa amb la salut o la mortalitat. De fet, hi ha molta evidència empírica que mostra, consistentment per diferents països i grups de població, una major probabilitat o prevalença en el consum de tabac, alcohol, drogues, menjar *fast-food*, sedentarisme o pràctiques sexuals de risc per a nivells baixos de renda o nivells educatius (Cutler i Lleras-Muney, 2010). Per bé que en alguns casos, com en el consum de tabac, el gradient socioeconòmic ha tendit a créixer en el temps (Costa-Font et al., 2014), i en d'altres, com l'obesitat, ha tendit a reduir-se (Zhang i Wang, 2004; Ljungvall i Gerdtham, 2010; Costa-Font et al., 2014).

Finalment, caldria citar aquelles explicacions que posen l'èmfasi en les influències socials, ja sigui a través de les interaccions socials o xarxes d'amistats, o a través de normes socials, més lligades aquestes darreres a trets culturals reals o percebuts, que tornen més rígids els mals comportaments de salut. De fet, en la literatura sobre economia de la salut hi ha diversos estudis empírics que mostren un efecte positiu de les influències dels amics (*peer effects*) en la iniciació en l'hàbit tabàquic, el consum abusiu d'alcohol o de drogues il·lícites en els adolescents (e.g., Gaviria i Raphael, 2001; Lundborg, 2006; Clark i Lohéac, 2007; Harris i González López-Valcárcel, 2008), sobre els hàbits alimentaris nocius (Fortin i Yazbeck, 2015) o la mateixa obesitat en els joves (e.g., Trogdon et al., 2008; Mora i Gil, 2013; Gwozdz et al., 2015).⁷ Estretament connectada amb aquestes teories, hi ha les explicacions que lliguen els estils de vida no saludables entre els joves amb les influències parentals o amb les trans-

5 Els autors, però, admeten que aquesta pretesa associació podria estar esbiaixada per l'efecte de variables de confusió no observades.

6 D'altres ho qüestionen argumentant que si el creixement irresponsable pel gaudi en el present pot explicar l'augment de l'obesitat, com pot casar això amb una davallada de l'hàbit tabàquic? (Marmot, 2015).

7 Per a una evidència de com l'obesitat en població adulta s'expandeix a través dels vincles socials (amb dades del Framingham Heart Study entre 1971-2003), es pot consultar el treball seminal de Christakis i Fowler (2007).

missions intergeneracionals de valors i normes.⁸ En el cas del tabaquisme, Loureiro et al. (2010) troben evidència a favor d'un efecte del mateix sexe, de manera que un pare fumador influencia les decisions de fumar dels fills i, en el cas de la mare, de les filles. Pel que fa a l'obesitat o l'índex de massa corporal (IMC), la literatura també ha trobat evidència en favor d'aquesta transmissió de pares a fills (per exemple, Classen et al. 2010; Dolton i Xiao, 2017), per bé que el nivell educatiu dels pares i la qualitat de la criança dels fills actuarien com a factors mediadors. Interessant, Dolton i Xiao (2017) mostren que l'elasticitat intergeneracional de l'IMC és molt similar entre països amb societats i graus de desenvolupament molt variats i que tendeix a ser més elevada per als nanos obesos, mentre que resultaria baixa per als més prims. Aquest resultat són importants per afavorir entorns saludables, ja que els mals hàbits adquirits en la adolescència tendeixen a perpetuar-se en les edats adultes, amb les consegüents repercussions en termes de salut i costos sanitaris.

4 Què cal fer per modificar els EV poc saludables?

La literatura ha identificat diverses opcions per remeiar EV no saludables. Les polítiques majoritàriament han fet referència a: (i) impostos sobre productes "nocius" (tabac, sucre, alcohol, etc.), (ii) incentius (monetaris i no-monetaris) i (iii) polítiques preventives (fomentadores o dissuasives). Totes elles tenen conseqüències molt diferents i sempre tenen punts a favor i en contra a l'hora de ser emprades.

En el cas dels impostos, la seva efectivitat està més que provada en relació amb el consum de tabac o d'alcohol. Ara bé, en el cas del tabac, un cop assolits determinats nivells de prevalença en tabaquisme, les reduccions no han anat més enllà i semblen no reduir la prevalença en la franja de població jove o, fins i tot, tornen a l'alça, com succeeix actualment a Catalunya. En aquest cas, l'impacte de les polítiques preventives que prohibeixen fumar a interiors (locals, despatxos, etc.) va tenir impacte i va aconseguir reduccions del consum. En el cas de l'alcohol, l'anomenat MUP aplicat a Escòcia (*minimum unit price*) va aconseguir reduir el nombre de begudes en individus que en consumien en excés però també en el sector de rendes baixes. No obstant això, la regressivitat de l'impost (grans consumidors lligat amb menor renda) constitueix un punt en contra de la mesura.

8 Al capdavant, moltes decisions que afecten els infants i joves sobre quant i què menjar, quant exercici físic fer, com passar el temps de lleure, etc., es prenen dins de la família amb la participació decisiva dels pares.

També trobem impacte en el sucre consumit quan es taxen les begudes ensucrades, si bé les reduccions de consum són petites en tots els entorns econòmics on s'ha aplicat la mesura impositiva.

Les polítiques preventives també tenen conseqüències positives. Però són suficients? Imaginem un metge de capçalera que m'aporta informació sobre el meu estat de salut i m'indica que seria recomanable que fes alguna mena d'esport. Aquesta indicació, tot i que vagi acompanyada per anàlisis de sang que demostrin indicis de futures malalties, serà prou per influenciar-me i començar a córrer quan arribi a casa? Segurament, no. La literatura d'economia de la salut ha mostrat que incentius monetaris per anar al gimnàs proporcionats per empreses privades als seus treballadors han estat del tot efectives (Charness i Gneezy, 2009). Algunes crítiques suggereixen que alguns d'aquests impactes desapareixen en el curt termini (Frey i Rogers, 2014). Però, llavors, la pregunta adequada seria: quina és la mena d'incentiu que cal proporcionar i quina és la quantitat en el cas que sigui monetari?

Els incentius assenyalats per part de la literatura d'economia, segons Gneezy (2019) fan referència a quatre tipus: (1) crear hàbits, (2) destruir hàbits, (3) proporcionar primers incentius i (4) eliminar barreres. Per exemple, en el cas concret dels hàbits alimentaris, les intervencions són més efectives quan pretenen reduir el consum de productes no saludables que si procuren incrementar els saludables o simplement reduir la ingesta total (Cadario i Chandon, 2019). En qualsevol cas, l'impacte dels incentius varia en funció de l'entorn on s'aplica (Hummel i Maedche, 2019).

No obstant això, a banda d'aquesta classificació cal tenir en compte que els incentius poden ser monetaris i no monetaris. Hom sempre pensa en incentius del tipus monetari, però hi ha circumstàncies en les quals formació/educació constitueix *per se* una mesura que cal tenir en compte. Hi ha capes de la població que no han tingut mai accés a determinada formació, i, per tant, aportar-los aquesta formació podria incentivar la generació d'hàbits. Un clar exemple constitueix l'etiquetatge per colors dels productes alimentaris a les prestatgeries. Hi ha diversitat de colors i categories. Per tant, caldrà una campanya massiva que porti coneixement abans d'implantar-la, atès que les classes més afavorides seran probablement les úniques a entendre plenament la mesura.

Per concloure, hem de preguntar-nos on rau la solució per tal de modificar els estils de vida no saludables. Si bé bona part de la responsabilitat rau en els mateixos individus, no podem oblidar que molta gent és esclava de les seves pròpies circumstàncies, i que els mals hàbits són un resultat inevitable. Per tant, les polítiques públiques han d'actuar d'impulsors dels canvis necessaris. Així, l'elevat descompte temporal (segon determinant dels EV no saludables) i les limitacions cognitives (tercer determinant) demanen focalitzar les actuacions en millors polítiques educatives. Segons el nostre parer, l'escola, a primària (secundària és ja massa tard), és el lloc adequat on conscienciar les futures generacions de quines són les conseqüències de les seves actuacions. Un entorn socioeconòmic desfavorable (quart determinant) demana mesures que combatin la pobresa i l'exclusió social alhora que garanteixin la igualtat d'oportunitats educatives en menors de 0-3 anys d'entorns socioeconòmics desfavorits. Finalment, els entorns socials propers (cinquè determinant) demanen potenciar el teixit o capital social del país, atesos els seus efectes multiplicadors sobre les intervencions proposades. ■

Referències

- Akerlof, G.** (1991). "Procrastination and obedience". *American Economic Review* 81(2): 1-19.
- Becker, G.S.; Murphy, K.M.** (1988). "A theory of rational addiction". *Journal of Political Economy* 96(4): 675-700.
- Becker, G.S.; Grossman, M.; Murphy, K.M.** (1994). "An empirical analysis of cigarette addiction". *American Economic Review* 84(3): 396-418.
- Becker, G.S.; Mulligan, C.B.** (1997). "The endogenous determination of time preference". *Quarterly Journal of Economics* 112(3): 729-758.
- Cadario, R.; Chandon, P.** (2019). "Which healthy eating nudges work best? A meta-analysis of field experiments". *Marketing Science*.
- Cawley, J.; Ruhm, C.** (2011). "The Economics of Risky Health Behaviors". A: Pauly, M.V., McGuire, T.G. i Barros, P.P (Ed.) *Handbook of Health Economics*, vol. 2, cap. 3: 95-199.
- Charness, G.; Gneezy, U.** (2009). "Incentives to exercise". *Econometrica* 77(3): 909-931.
- Christakis, N.A.; Fowler, J.H.** (2007). "The spread of obesity in a large social network over 32 years". *New England Journal of Medicine* 357: 370-379.
- Clark, A.E.; Lohéac, Y.** (2007). "It wasn't me, it was them!" Social influence in risky behaviour by adolescents". *Journal of Health Economics* 26: 763-784.
- Classen, T.J.** (2010). "Measures of the intergenerational transmission of body mass index between mothers and their children in the United States, 1981-2004". *Economics & Human Behaviour* 8(1): 30-43.
- Corman, H.; Mocan, N.** (2015). "Alcohol consumption, deterrence and crime in New York City". *Journal of Labor Research* 36(2): 103-128.
- Costa-Font, J.; Hernández-Quevedo, C.; Jiménez-Rubio, D.** (2014). "Income inequalities in unhealthy life styles in England and Spain". *Economics & Human Behaviour* 13: 66-75.
- Cutler, D.M.; Glaeser, E.** (2005). "What explains differences in smoking, drinking and other health-related behaviors?" *American Economic Review* 95(2): 238-242.
- Cutler, D.M.; Lleras-Muney, A.** (2010). "Understanding differences in health behaviors by education". *Journal of Health Economics* 29(1): 1-28.
- Dolton, P.; Xiao, M.** (2017). "The intergenerational transmission of body mass index across countries". *Economics & Human Biology* 24: 140-152.
- Fortin, B.; Yazbeck, M.** (2015). "Peer effects, fast food consumption and adolescent weight gain". *Journal of Health Economics* 42: 125-138.
- Frey, E.; Rogers, T.** (2014). "Persistence: How treatment effects persist after interventions stop". *Policy Insights from the Behavioral and Brain Sciences*, 1(1), 172-179.
- Fuchs, V.R.** (1982). "Time preference and health: an exploratory study". A: Fuchs, V.R. (ed.) *Economic Aspects of Health*. University of Chicago Press NBER: 93-120.
- Gaviria, A.; Raphael, S.** (2001). "School-based peer effects and juvenile behavior". *Review of Economics and Statistics* 83(2): 257-268.
- Gneezy, U.** (2019). "Behavior Change". *The Behavioral Economics Guide*.
- Gwozdz, W.; Sousa-Poza, A.; Reish, L.A.; Bammann, K.; Eiben, G.; Kourides, Y.; Kovács, E.; Lauria, F.; Konstabel, K.; Santaliestra-Pasias, A.; Vyncke, K.; Pigeot, I.** (2015). "Peer effects on obesity in a sample of European children". *Economics & Human Biology* 18: 139-152.
- Harris, J.E.; González López-Valcarcel, B.** (2008). "Asymmetric peer effects in the analysis of cigarette smoking among Young people in the United States, 1992-1999". *Journal of Health Economics* 27(2): 249-264.
- Hummel, D.; Maedche, A.** (2019). "How effective is nudging? A quantitative review on the effect sizes and limits of empirical nudging studies". *Journal of Behavioral and Experimental Economics* 80: 47-58.
- Komlos, J.; Smith, P.K.; Bogin, B.** (2004). "Obesity and the rate of time preference: is there a connection?". *Journal of Biosocial Science* 36(2): 209-219.
- Labeaga, J.M.** (1999). "A double-hurdle rational addiction model with heterogeneity: estimating the demand for tobacco". *Journal of Econometrics* 93: 49-72.
- Li, Y.; Pan, A.; Wang, D.D.; Liu, X.; Dhana, K. et al.** (2018). "Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population". *Circulation* 138(4): 345-355.
- Ljungvall, A.; Gerdtham, U.-G.** (2010). "More equal but heavier: A longitudinal analysis of income-related obesity inequalities in an adult Swedish cohort". *Social Science & Medicine* 70(2): 221-231.
- Loef, M.; Walach, H.** (2012). "The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all cause mortality: A systematic review and meta-analysis". *Preventive Medicine* 55: 163-170.
- Loureiro, M.; Sanz-de-Galdeano, A.; Vuri, D.** (2010). "Smoking habits: like father, like son, like mother, like daughter?". *Oxford Bulletin of Economics and Statistics* 72(6): 717-743.
- Lundborg, P.** (2006). "Having the wrong friends? Peer effects in adolescent substance use". *Journal of Health Economics* 25(2): 214-233.
- Marmot, M.** (2015). "The Health Gap: The Challenge of an Unequal World". Bloomsbury Publishing Plc.: London.
- McGinnis, J.M.; Foege, W.H.** (1993). "Actual causes of death in the United States". *JAMA* 270(18): 2207-2212.
- McGinnis, J.M.; William-Russo, P.; Knickman, J.R.** (2002). "The case for more active policy attention to health promotion". *Health Affairs* 21(2): 78-93.
- Mora, T.; Gil, J.** (2013). "Peer effects in adolescent BMI: evidence from Spain". *Health Economics* 22(5): 501-516.
- Trogon, J.G.; Nonnemaker, J.; Pais, J.** (2008). "Peer effects in adolescent overweight". *Journal of Health Economics* 27: 1388-1399.
- Zhang, Q.; Wang, Y.** (2004). "Trends in the association between obesity and socioeconomic status in US adults: 1971 to 2000". *Obesity Research* 12(10): 1622-1632.

LA GESTIÓ

DE LES ORGANITZACIONS SANTÀRIES. EL ROL DEL CONTROL DE GESTIÓ

Francesc Cots

Director de Control de Gestió a Hospital del Mar - Parc de Salut Mar de Barcelona i investigador de l'Institut Mar d'Investigacions Mèdiques

Olga Pané

Gerent, Hospital del Mar - Parc de Salut Mar de Barcelona

Clàssicament, les organitzacions dibuixaven els seus organigrames a partir de dos grans criteris: els nodes de responsabilitat i els fluxos d'informació. La informació era quelcom costós i escàs i, precisament per això, disposar d'informació i administrar-la era un dels factors de poder en una organització.

Divulgar i difondre informació dins de qualsevol companyia era una de les claus estratègiques del seu funcionament, ara bé, exigia destinar una quantitat enorme de temps de tots els professionals a assistir a llargues sessions informatives, on la presentació de dades sovint limitava la disponibilitat de temps d'anàlisi. En conseqüència, poques vegades la informació era adequadament processada i, el que és més important, poques vegades la informació determinava accions, canvis i millores en els procediments.

Afortunadament, les coses han canviat molt en els darrers anys gràcies a la irrupció de tecnologies de processament i anàlisi de dades. La disponibilitat de xarxes de divulgació de la informació i la connectivitat interna i externa de les organitzacions ha determinat un canvi molt profund en la manera

de gestionar, en els organigrames i en la presa de decisions. La informació s'ha abaratit i la seva difusió és gairebé immediata i a tots els nivells d'una organització, internament i també externament. Tanmateix, aquest nou escenari no es allia a nous problemes, com els derivats de l'excés de dades i la contaminació d'informacions amb dades incorrectes o directament falses.

Els hospitals i els centres sanitaris en general són el paradigma de les empreses el resultat de les quals depèn del maneig de dades certes, robustes, ben treballades i combinades per aportar anàlisis precises i propiciar decisions correctes.

Els hospitals, treballen en entorns altíssimament descentralitzats *de facto*. "Organitzacions verdes, pluralistes", en la terminologia de Frederic Laloux (Laloux 2015). Lentament, però progressivament, els organigrames reflecteixen la descentralització de decisions pròpia d'un entorn on els professionals més qualificats i amb un impacte més alt en els resultats es troben en la base de la piràmide. Van passant a la història els organigrames que s'entossudeixen a dibuixar circuits amb nodes de responsabilitat totalment desfasats de les tecnologies que manegen.

En aquest context un dels canvis més substancials en el rol organitzacional ha estat el paper dels departaments anomenats "control de gestió" i el de les seves eines de treball (la *business intelligence*). En organitzacions on la decisió està molt descentralitzada, els controls de gestió han de distribuir la informació perquè les decisions millorin la probabilitat de ser encertades.

Finalment i molt important, les dades han de tenir sentit (cosa que exigeix integració d'un munt de registres assistencials, funcionals i econòmics) i les han d'entendre els clínics.

En aquest article pretenem exposar algunes claus de l'adaptació dels Departaments de Control de Gestió (CG) a les noves necessitats de les nostres organitzacions sanitàries. Parlem de la nostra experiència al Parc de Salut Mar de Barcelona, però també sobre la base del coneixement d'altres experiències reeixides del sector, dibuixant també els problemes trobats, així com el que esperem en un futur proper.

La cadena de valor de la informació i la seva importància en la definició d'un CG actual

Darrere de la capacitat dels CG per evolucionar de simples comptadors de coses a gestors dels sistemes d'informació per a la gestió i la decisió descentralitzada, hi ha la cadena de valor de la informació. Des de la perspectiva del maneig exhaustiu d'informació i orientat a la millora de la gestió, la primera definició d'un CG podria ser: **el CG actual és l'aplicació de la ciència de les dades a la gestió**. Un hospital no genera producte físic tangible, ni té un nombre reduït de circuits molt definits on es generi valor, sinó tot el contrari.

Per poder analitzar la relació entre recursos i resultats, cal disposar de molta informació del procés i dels productes intermedis que estan incorporats en l'atenció d'un pacient.

Avui en dia gairebé tot el que es fa en un hospital deixa rastre digital i cada cop queden menys zones fosques, de manera que gestionar aquest rastre digital, convertir-lo en informació valorable i generar-ne valor afegit a partir de la seva anàlisi que sigui útil per a la millora continuada és el repte d'un CG dels nostres dies amb el suport imprescindible del Departament de Sistemes i el Departament de Qualitat. Però el CG ho fa en una àrea on basar les decisions en l'evidència no ha estat habitual ni possible fins fa ben poc. La gestió hospitalària i la gestió clínica necessiten una quantitat d'informació molt gran per entendre què estan fent els múltiples actors amb capacitat de decisió que hi ha en els diversos i poc estructurats processos assistencials que es fan en un centre sanitari complex. La manca de registres adients, la dificultat per ser tractats amb agilitat i la manca de metodologia d'anàlisi ho ha fet difícil fins a l'actualitat. Amb ajuda de les noves eines d'integració, transformació i anàlisi de la informació, els CG poden ara nodrir d'informació de qualitat que ajuda a la presa de decisions. La figura 1 sintetitza el grau de responsabilitat del CG en la valoració i la interrelació amb altres departaments.

El procés per a la generació d'informació útil que segueix un CG es pot descriure en cinc passos essencials:

1. La digitalització de l'activitat i de la utilització dels recursos. El simple registre de qualsevol acte assistencial o de suport passa a ser un acte molt complex quan es transforma

Figura 1. Grau d'implicació i responsabilitat de GC en el procés de valoració de la informació en relació amb altres agents

	Control de Gestió (+ Documentació)	Sistemes d'informació	Economia i finances, i recursos humans	Epidemiologia / Avaluació / Qualitat
Digitalització de la realitat: com es recullen dades (ERP i HIS)	Coordinació	Actor principal	Col·laboradors	Col·laboradors
Extracció de la informació amb criteris que permetin l'alineament amb el procés assistencial	Coordinació	Actor principal	Col·laboradors	Col·laboradors
Transformació	Actor principal	Suport tècnic	Actors especialitzats	Actors especialitzats
Reporting	Actor principal: prioritats, criteris, eines	Suport tècnic	Coneixement àrea	Col·laboradors
Anàlisi	Actor principal: prioritats, criteris, metodologia, eines		Coneixement àrea	Actors especialitzats
Relació amb tercers: facturació, registres requerits per l'administració sanitària	Directrius de la transformació i homogeneïtat	Suport tècnic	Suport tècnic	Actor especialitzat

Coordinació: qui ha de marcar criteris i mantenir el lideratge.

Actor principal: qui té assignada la responsabilitat final de la tasca.

Actor especialitzat: acotació a determinades àrees de coneixement: qualitat i epidemiologia.

en el registre de tots els actes assistencials. L'exhaustivitat ho és tot en aquest primer element.

2. L'estructura de la informació. L'amplíssim volum de registres disponibles s'ha d'organitzar per no perdre la visió de conjunt.

3. La normalització amb codificacions que permetin després treballar transversalment. Quan parlem d'un diagnòstic literal escrit pel metge, tenim una dada rellevant; si aquesta es codifica amb una lògica estructurada en un codi de la Classificació Internacional de Malalties (CIM10), és una dada rellevant, comparable i agrupable; i si la codificació la fem servir per definir producte, mitjançant CCS (Clinical Classification Software), grups relacionats amb el diagnòstic (GRD) o el que faci falta, tenim informació valuosa que defineix la causa de l'ingrés, el que s'ha fet per diagnosticar i tractar, i per últim la possibilitat d'afrontar una valoració del resultat de l'episodi (Busse, 2013).

4. L'extracció de les dades i el valor afegit que la complementa en repositoris, on es van afegint valoracions i etiquetes amb criteris predefinitos i sistemàtics. En aquest punt, el CG té dues eines amb gran pes específic, com el costej de pacients¹ i les anàlisis de productivitat, on es pot sintetitzar l'encreuament transversal de totes les informacions departamentals.

5. Actualment tenim **noves eines** per construir indicadors claus (KPI) que es poden estructurar en quadres de comandament, que a la vegada s'alineen amb els objectius estratègics. Entre aquestes eines destaquen les que gestionen la intel·ligència de negoci (BI) i les que fan anàlisi de negoci (BA) (figura 2). Com a conseqüència d'aquestes noves capacitats s'han reinventat les direccions per objectius (DPO) o els

1 Sempre s'ha parlat de comptabilitat analítica, ja que es feia com un afegit a la comptabilitat general (financera o pressupostària). En realitat, avui en dia el que es fa és tancar el cercle de la informació de la història clínica del pacient aportant per a cada activitat (d'aquí la rellevància del cost basat en activitats, CBA) el seu valor monetari, per així poder sumar el valor final aportat en l'episodi valorat. El costej de pacients té, doncs, dues grans parts, l'exhaustivitat en la informació clínica del conjunt d'un centre proveïdor i els costos unitaris construïts sobre la base del cost real de l'assignació de recursos a cada centre de cost analític. Alinear correctament les activitats amb els seus costos unitaris és el que genera una informació de gran qualitat que permet obtenir una variable de resultat de primer ordre: el cost per pacient.

contractes de gestió que necessiten i es basen en aquesta arquitectura de sistema d'informació per a la gestió (figura 3).

El CG és actualment el vèrtex de referència on es recolza la intel·ligència de la gestió de les institucions sanitàries.

Què fa avui en dia un CG?

Un CG actualment en molts hospitals ha deixat de ser un departament de la direcció d'economia i finances per passar a estar vinculat directament al màxim òrgan de gestió de les entitats. Si depèn de l'àrea econòmica, un CG és un control de gestió departamental d'economia i finances, no del conjunt. Si depèn directament de la direcció general, manté una autonomia que li permet tenir una visió global del negoci i aportar, si cal, aquella petita dosi de control que ve amb el nom (Amat, 2017).

S'ha d'entendre més com un "suport a la gestió i a la presa de decisions" que no pas un "controlador de la gestió", que genera la capacitat de comparar el seu funcionament en les seves variables claus amb altres empreses equiparables (Rivera, 2018).

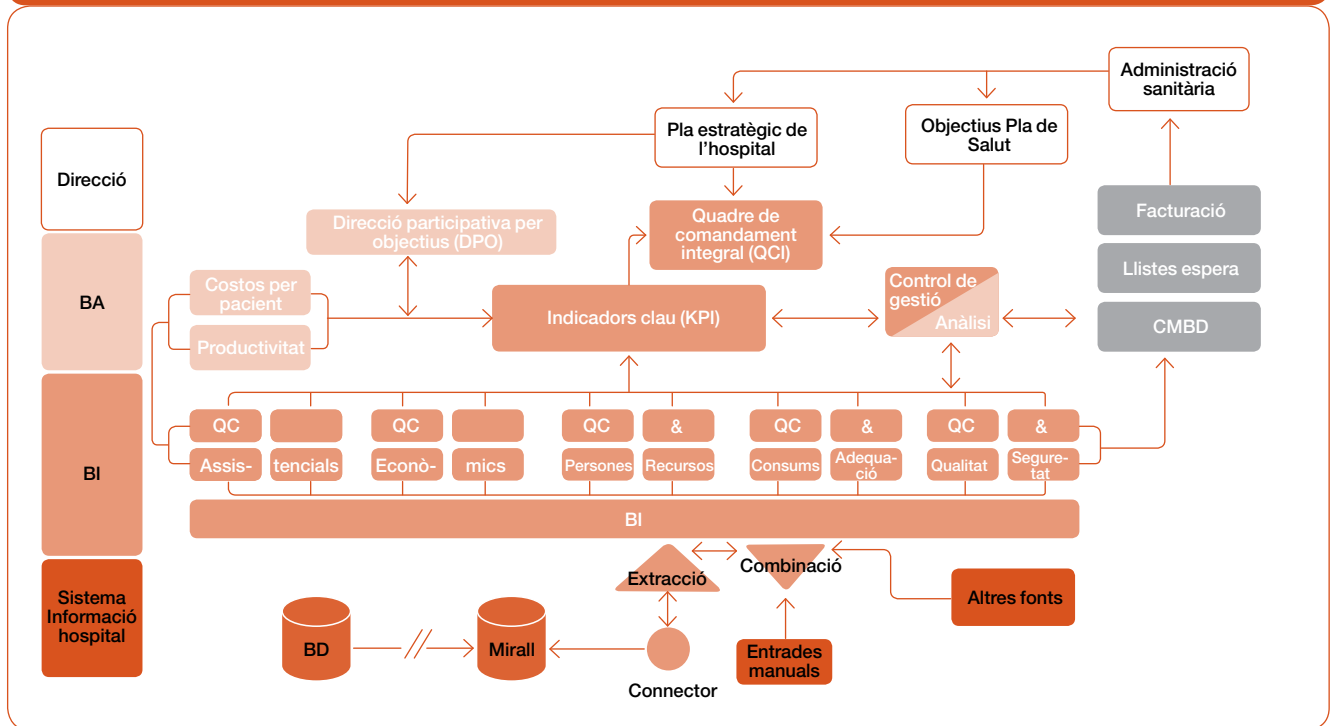
La cartera de serveis bàsica seria:

- Sistema de costej de pacients i de la malaltia (procés en sentit més o menys extens) tant potent i acurat com sigui possible (Cots, 2012).
- Sistema d'informació adreçat a la gestió tan complet com sigui possible amb públic objectiu divers: direcció, clínics i tercers (inclou l'administració sanitària).
- Bateria d'indicadors de seguiment del funcionament de l'hospital longitudinal i transversalment homogenis.

Mantenir aquesta oferta d'informació és la condició necessària per a l'existència d'un CG modern. Però hi ha unes condicions suficients per tal que la seva existència tingui utilitat:

- Exercir un paper de facilitador entre les direccions i entre la direcció i l'*staff*.
- Construir els elements de suport continuat a la direcció (quadres de comandament, contractes de gestió, direccions participatives per objectius o bé seguiment d'objectius).

Figura 2. Sistema d'informació per a la gestió



Mirall: BD general de l'hospital (HIS, ERP, Personal...) que és còpia on-line de la BD operativa, però separada per seguretat i rendiment. Extracció i combinació en la modalitat que sigui (ETL, connector directe amb BBDD) on es traspasa la informació necessària a les plataformes BI /BA. Quadres de comandament departamentals de tots els aspectes.

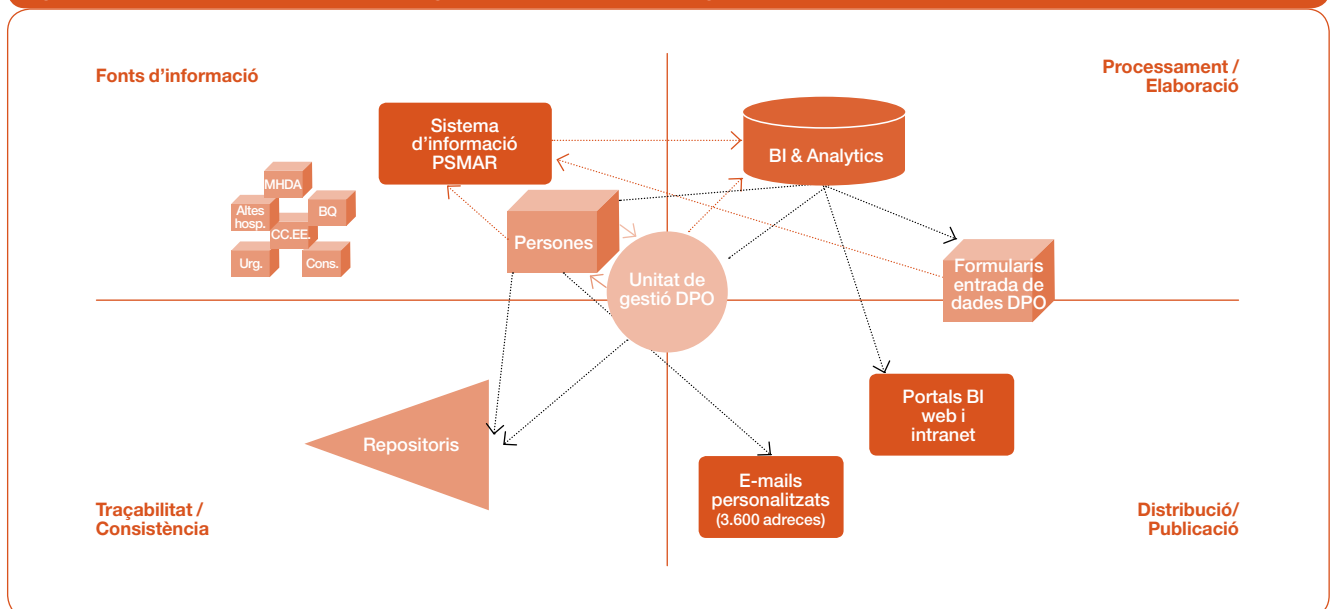
KPI: resum dels indicadors clau que permeten valorar i monitorar tots els aspectes del procés assistencial i del seu suport.

BA: procés, costos per pacient i seguiment DPO, són elements que es basen en la combinació d'informació de recursos i activitat.

QCI: integració dels objectius estratègics amb els indicadors de resultats que permeten valorar l'assoliment dels objectius estratègics.

Informació per a l'administració sanitària: un cop gestionada la informació i analitzada, es poden generar els estàndards de sortida demanats per l'administració.

Figura 3. Model DPO PSMAR: Integració Business Intelligence



- Permetre integrar la informació pròpia amb la que el sector ens requereix cada vegada més exhaustivament.

Un cop hem introduït el factor organitzatiu en les funcions del CG, es pot afegir una segona definició: **la finalitat d'un CG és informar, coordinar, avaluar i motivar.** És a dir, no només informa per poder prendre decisions, també coordina les fonts d'informació per tal que estiguin preparades per avaluar constantment les accions que s'estan duent a terme, amb la informació que es va construint lligada a les necessitats d'avaluar. Finalment, un CG retorna directament la informació en forma d'objectius personalitzats per als diferents professionals per tal que, des de la seva heterogeneïtat, assoleixin els objectius comuns de l'empresa.

A fi que la informació sigui útil per als clínics i sigui compatible amb la que demana la direcció i alhora homogènia amb la que demana el comprador/finançador/administració sanitària, és necessari definir un sistema estable que permeti informar a curt termini, avaluar a mitjà termini i proposar accions a llarg termini (Carnicero, 2018).

Exemples pràctics del que fa un CG actualment

Els CG treballen actualment per maximitzar el volum i la qualitat de la informació que es fa servir per conèixer el funcionament real del conjunt de l'hospital:

- **Exemple 1:** un CG no només ha de conèixer com evoluciona el personal i si la culpa de la variació és o no de l'absentisme i no només sap que la ràtio de professionals per llit o per quiròfan és una o una altra. Un CG ha d'analitzar el nivell de productivitat i tenir idea de com evoluciona en el temps i com es pot comparar amb tercers (un *benchmark*).
- **Exemple 2:** un CG no només sap si l'activitat creix o si el cost dels consums ha variat d'una determinada manera. Un CG ha de poder ajustar el cost dels consums en funció del mix de l'activitat feta i poder construir raons temporals ajustades i comparar-les amb les de tercers equiparables amb criteris ajustats per risc.
- **Exemple 3:** un CG no només sap que els citostàtics de darrera generació són essencials per mantenir l'excel·lència en el tractament dels diversos càncers i no només sap que el cost dels fàrmacs innovadors creix per sobre del 10 % anual i el dels citostàtics en concret, per sobre del 20 %. Un

CG ha d'aportar a la seva organització informació útil sobre quants malalts porten cada fàrmac en temps real i monitorar l'impacte de noves incorporacions de fàrmacs. Un sistema de seguiment d'aquestes característiques permet acords de gestió entre iguals durant l'any, de manera que si del que es disposa és d'una determinada despesa màxima concreta per l'any, l'organització s'hi podrà ajustar tot i les tensions que genera aquesta forma de treballar.

- **Exemple 4:** un CG no només sap quina és la llista d'espera, sinó que sap com es va produint el flux d'entrades i sortides de la llista dels malalts per cada tipologia d'atenció, de manera que pot lligar la previsió d'activitat amb la previsió d'evolució de la llista d'espera. I encara més, pot fer partícips els caps clínics de l'evolució de la seva capacitat quirúrgica i de l'evolució de la seva llista d'espera, aportant eines que permetin fer previsions a mesos vista (analítica predictiva bàsica).

En conjunt, i un cop es disposa dels indicadors que permeten recosir les dues parts de la balança, assistencial i recursos, és possible crear un espai on l'alineament de l'activitat i dels professionals amb els objectius estratègics sigui monitorada de manera continuada.

El creixement i canvi de funcions del CG ha coincidit amb l'orientació de les organitzacions sanitàries cap a la dada i a la seva incorporació com a element bàsic per a la gestió

El CG comença el seu recorregut on acaba el dels departaments de sistemes d'informació i necessita que la matèria primera existent permeti construir la intel·ligència i l'analítica de negoci (IN + AN) que dona raó d'existir a un CG. Si l'extracció i la transformació la fan sistemes d'informació i el CG només l'analitza, tenim una visió més clàssica d'un departament que analitza informació existent, mantenint un volum d'indicadors coneguts, mentre que si sistemes d'informació només en fa l'extracció i deixa la transformació i l'anàlisi per al CG, tenim un escenari diferent que comporta que l'objectiu és treure el màxim valor afegit de la informació, buscant aportar mesures per al màxim nombre d'aspectes clau per al funcionament intern i extern de l'hospital.

En aquest punt arribem a una tercera definició de CG modern feta des del punt de vista més organitzatiu i de competències: **un CG és la direcció de l'hospital que governa, desenvolupa i explota els sistemes d'informació per a la gestió.**

En l'organigrama d'un hospital el rol de CG pot tenir la tendència a envair l'espai de sistemes d'informació. Sense dir quina és la millor manera d'acotar competències, sí que es pot dir que un CG sense capacitat de gestionar com a impulsor autònom de la IN+AN i accedir a tota la informació dels sistemes de la casa (ERP, HIS, RRHH), difícilment podrà tenir la capacitat de ser un agent que aporti valor afegit a l'organització. La captació i ordenació de la informació, la seva anàlisi, estandardització i comparació, la transmissió descentralitzada als usuaris i el *reporting* són les eines principals per a l'actuació i desenvolupament de les competències del CG.

Perfil dels professionals. Queda algun rastre de la figura del controller?

Si tenim en compte que un CG és un mètode més que no pas una tipologia de professionals, trobar-hi infermeres, metges, matemàtics, estadístics, biòlegs o enginyers no es fa estrany en un CG posat al dia. La raó rau en el fet que, si analitzes informació de processos, necessites perfils com el de l'enginyer de processos que la sàpiguen interpretar i intervenir-hi amb coneixement. De la mateixa manera que si el volum i l'estructuració de la informació són cada cop més grans i complexos, es necessiten experts en dades massives i en aplicacions per analitzar-les, i aquí és on economistes, matemàtics i estadístics ofereixen el perfil base més adequat.

Amb una bona informació i amb el coneixement del negoci, comença la següent baula en el creixement del valor afegit de la informació per a la gestió; som a la frontera dels *data scientists* orientats a la gestió. És una evolució de "l'espècie" dels *data-managers* de fa 10-20 anys, que incorpora més capacitat analítica i dots creixents de disseny per fer arribar la informació en les millors condicions al destinatari. Tot aquest conjunt de professionals ha passat de dominar només eines estadístiques i de gestió de dades (Access, Spss, SAS, R, Stata, Python) a tenir al seu abast eines de BI/BA i de gestió de dades massives: (dels veterans *BO* o bé *Cognos*, passant al conegut *ClkView* i arribant a les actuals *PowerBI*, *Web Focus*, *Tableau*...).

Queda enrere la funció de *controller*, de quan no es disposava de la informació centralitzada i disponible en tot moment, més aviat s'ha de pensar en un assessor expert i intern per a la presa de decisions.

L'entorn no hi ajuda

Dos grans problemes llasten la capacitat estratègica de l'ús i la utilitat de la informació generada des dels CG. De fet, no llasten els CG, llasten directament la capacitat de gestió de les entitats sanitàries públiques i una bona part de les privades que treballen per al sector públic:

1. Un model de governança que queda massa delimitat per normes de procediment administratiu, impeding que canvis en la gestió es puguin aplicar o traslladar de manera àgil. El marge de maniobra s'ha anat limitant els darrers anys sobre la base de la necessitat del control de la corrupció i d'una visió dels hospitals com a part de l'entramat administratiu del sector públic. Ras i curt: per administrar despeses, no cal gaire informació d'alternatives.

2. Un sistema de finançament que no permet generar recursos per autosostenir-se. És un problema en certa manera derivat del primer punt. Els actuals sistemes de finançament que regeixen el pagament als hospitals catalans és, sobre el paper, el més avançat en el conjunt de sistemes de salut a Espanya. En realitat, però, és un sistema que determina l'assignació de recursos sobre la base dels resultats econòmics de l'any anterior i de les necessitats tàctiques del comprador de serveis.

L'absència de senyals estratègiques des del sistema de compra i els canvis freqüents derivats de problemes de tresoreria del comprador de serveis públics fan molt difícil sostenir enfocaments estratègics en qualsevol hospital, com seria d'esperar d'una empresa gran i complexa. Amb aquest entorn, el coneixement de les fortaleses estratègiques com a proveïdor fruit d'una bona anàlisi del procés productiu no serveix per posicionar les institucions en la maximització del rendiment en salut ajustat a les restriccions econòmiques que siguin.

Contractes a mitjà termini (entre 3 i 5 anys), amb autonomia per estabilitzar resultats en salut (accessibilitat, qualitat, seguretat, eficiència i econòmics), són el marc on la IN pot ajudar de manera real al creixement qualitatiu de les organitzacions. Addicionalment, en aquells casos en què l'entitat disposa d'un pla estratègic i d'empresa susceptible de poder-se materialitzar, el CG és una gran ajuda.

L'entorn interior. Els nodes de responsabilitat

Fins i tot en el cas que un hospital tingui poc marge per a la gestió estratègica, té un deure essencial, que és proveir la

millor atenció sanitària, i aquí la gestió clínica i l'adhesió de les decisions a l'evidència és cabdal, tant per la seguretat que ofereix als malalts com per l'eficiència que aporta al centre.

La direcció d'un hospital sempre incorpora forces i objectius que no estan precisament alineats amb els que proposaria un CG. L'entorn de direcció està format per forces centrípetes que es mantenen en un equilibri inestable, però que en situacions extremes es contraresten i la porten a la paràlisi de la gestió. En un entorn que no és estable, la principal virtut del CG és afavorir que ho sigui en la mesura del possible. És el cercle virtuós del CG: generar les condicions que ajudin a disposar del suport a la presa de decisions que faciliti fer convergir al màxim possible les visions de les diverses parts, tot gràcies a l'evidència de les dades.

La direcció mèdica/assistencial amb missió corporativa però amb cor gremial té un conflicte amb el component terciari, universitari i de recerca, que la porta a una necessitat "real" de creixement constant. Aquesta necessitat és substantiva per exercir el lideratge en el coneixement de cada especialitat. En visió curta o concreta de cada àrea de coneixement, les seves necessitats no són contestables, i es fa difícil argumentar contra l'evidència del "o ho fem nosaltres o ens ho faran els altres". Aquesta és l'arma més poderosa de l'expansionisme no sostenible.

Les direccions de suport (recursos humans i economia i finances) tenen la taula de salvació en els pressupostos i tot el que passa ha de cabre en una determinada previsió feta *ex ante*. Això de vegades ens porta a veritats absolutes expressades en un idioma poc comprensible per a la resta de la institució, i on els primers que no es poden sentir còmodes són els mateixos CG.

La superació d'aquestes tensions internes propiciades per aquests nodes de responsabilitat deslligats de la presa de decisions real passa per descentralitzar les decisions cap a la base de la piràmide, cap on hi ha els professionals amb capacitat per prendre les decisions en els processos clau de l'hospital. Amb aquesta visió, els nodes de responsabilitat es multipliquen i es relacionen directament amb el coneixement clínic i assistencial.

Per poder fer aquesta evolució es necessita un volum molt important d'informació d'alt valor afegit que els permeti saber què

estan fent, com ho estan fent, quins recursos estan emprant per fer cadascuna de les activitats i com són de resolutius davant de la demanda actual i previsible, que ells van aflorant dins el magma inabastable de la necessitat no expressada.

Discussió

Ben poc queda d'aquell control de gestió que determinava únicament l'ajust a pressupost del global de despeses per capítols i poc més. Avui en dia, el que llavors s'anomenava CG i ara es pot dir de moltes altres maneres centralitza tota la informació generada i té com a objectiu prioritari treure el màxim rendiment de la informació generada per afavorir les millores que es puguin aplicar als processos assistencials i de suport.

Fins ara un control de gestió basava la seva informació en aquella que podia afectar la facturació i la caracterització de les despeses (que no del cost); ara el que marca la necessitat i la prioritat de la informació és la recerca de l'eficiència, seguretat i qualitat de l'activitat. Últimament es va obrint la possibilitat cada cop més clara de treballar amb informació sobre els resultats des del punt de vista del pacient (PREM: *patient reported experience measures* i PROM: *patient reported outcome measures*).

La complexitat del negoci basat en la informació aportada pel pacient, generada pels sistemes de diagnòstic i tractament, i amb la dificultat per definir el valor del que s'ha fet en el procés d'atenció, juntament amb la multitud d'agents hiperqualificats que hi intervenen, fa que responsabilitzar-se que la informació generada sigui útil per a la gestió efectiva sigui tot un repte. I aquest repte es va assumint de manera creixent i cada cop més eficientment.

El problema rau en la utilitat que es pot donar a aquesta informació orientada a la gestió. De què serveix conèixer les causes de determinats problemes si no es té marge de maniobra per fer-hi canvis. La pèrdua d'ingressos (resultant de les reduccions de tarifes i activitat, i l'increment de despeses com ara Seguretat Social, IVA i IPC) dels hospitals catalans en el període 2010-2019 ha estat del 21 %². Davant d'una demanda creixent i una reducció clara dels recursos, el problema econòmic de prendre decisions en un entorn de restriccions pressupostàries és complex de manera òbvia. Als economistes i gestors aquesta situació no ens posa nerviosos, és el

2 Informació elaborada pel Parc de Salut Mar de Barcelona.

que defineix la ciència econòmica, però el que ja és diferent és la capacitat per prendre les decisions adequades. Les restriccions legals a l'autonomia de gestió posen en dubte la necessitat de l'existència d'IN. De fet, la IN té un cost real, que té sentit si s'aplica a millores de la gestió.

La conclusió d'aquesta aproximació ens pot portar a pensar que el CG transforma moltes dades i informació que genera l'hospital en intel·ligència de negoci, en valor, que és clarament vàlida i necessària per a la presa de decisions, però que en el marc actual que limita l'autonomia fins a nivells extenuants, pot no demostrar que val el que costa. De tota manera, en allò que es manté estable, en allò del pla d'empresa que és possible aplicar, és on un CG ha de ser un bon facilitador, gràcies a l'evidència de les dades, però també a la capacitat de coordinació dels sistemes d'informació i a la calma que pot aportar una manera objectiva i pausada de posar la IN a l'abast de tots els actors. ■

Referències

- Amat O.; Campa F.** (2017). *Manual del Controller*. Editorial Profit.
- Busse, R.; Geissler, A.; Aaviksoo, A.; Cots, F.; Häkkinen, U.; Kobel, C.; Mateus, C.; Or, Z.; O'Reilly, J.; Serden, L.; Street, A.; Tan, SS.; Quentin, W.*** (2013). "Diagnosis related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency, and quality in hospitals?", *BMJ*, 346: f3197.
- Carnicero, R.; Elicegui, I.; Carnicero, J.** (2018). "Proposal of a Learning Health System to Transform the National Health System of Spain", *Processes*, 7(9):613.
- Cots, F.; Chiarello, P.; Carreras, M.; González, J.G.; Heras, D.; de Imaña, M.; Vecina, F.; del Oro, M.; Vaamonde, N.** (2012). "Red Española de Costes Hospitalarios (RECH): bases para una gestión clínica basada en la evidencia". *Gestión Evaluación de Costes Sanitarios*, 13(3): 369-383.
- Laloux, F.** (2015). *Reinventar las organizaciones*, Editorial Arpa.
- Rivera, J.** (2018). "¿Qué es y qué no es el control de gestión?". *Pontificia Universidad Católica de Chile*. Disponible a <https://escueladeadministracion.uc.cl/jose-rivera-que-es-y-que-no-es-el-control-de-gestion/>

ESQUEMES DE PAGAMENT PER RESULTATS EN ONCOLOGIA

Carlos Campillo-Artero

Servei de Salut Illes Balears, CRES/BSM/Universitat Pompeu Fabra, Barcelona

Ana Clopés Estela

Adjunt a la Direcció General, Institut Català d'Oncologia, Barcelona

A continuació s'analitza, a més de quant i en què s'innova en oncologia, l'experiència acumulada en acords de risc compartit, una de les mesures dirigides a aconseguir el difícil equilibri entre fixar els preus dels nous tractaments congruents amb la seva eficàcia i la seguretat, perquè la indústria obtingui beneficis raonables per mantenir la inversió en R+D i garantir, a la vegada, l'accés i la sostenibilitat del sistema de salut.

En què i quant s'innova en oncologia

La incorporació d'innovacions terapèutiques ha d'acomplir un triple objectiu de manera equilibrada: la garantia d'accés dels pacients a solucions realment efectives, l'eficiència i la sostenibilitat del sistema, i la compensació de l'esforç innovador. Primer, però, cal definir què és *innovació*; cap definició del terme no ha esdevingut la definició de referència internacional. Són incompletes i imprecises, tot i que és obvi que

algunes no deixen cap dubte (el primer automòbil, avió, submarí o sèrum fisiològic; la primera bombeta; la penicil·lina; la *lectura* de l'ADN), i d'altres són de molta menor magnitud, incrementals, graduals (l'enèsim IECA, model d'una marca d'automòbil o marcapassos). Classificades així ofereixen una aproximació matussera al grau d'innovació, però amb tot intuïtiva (Puig-Junoy i Campillo-Artero, 2019).

La International Society of Drug Bulletins ha proposat tres tipus d'innovació amb medicaments (Kopp, 2002): comercial, tecnològica i d'avenç en terapèutica, és a dir, les que suposen beneficis per als pacients quan es comparen amb l'estàndard de tractament. Òbviament, ens ha d'interessar aquest últim tipus d'innovació. I per decidir què incorporem a la cartera de serveis, des de la perspectiva de l'eficiència i el benestar social, és imperatiu diferenciar la innovació que és disruptiva de la que podem considerar marginal.

En què s'innova amb medicaments i, en concret, en oncologia?

Hi ha innovació tecnològica de nous tractaments. Hem passat de tenir medicaments que són molècules molt petites, d'estructura senzilla i amb una sola indicació, a disposar de medicaments biològics, obtinguts d'éssers vius, amb masses moleculars relatives enormes i complexitats estructurals i funcionals molt notables (eritropoietina, fragments d'anticossos monoclonals, monoclonals complets, molècules unides a anticossos...). Avui s'administren virus (innocus i portadors d'informació genètica que s'integra al genoma humà), onco-

virus (que ataquen cèl·lules tumorals) i cèl·lules completes, com els limfòcits T genèticament modificats).

Hi ha innovació en farmacodinàmica (allò que el medicament li fa al cos): hi ha medicaments inhibidors de l'acció d'enzims (per exemple, tirosinquinases) que intervenen en la regulació del cicle vital de les cèl·lules, incloses les tumorals, i anticossos monoclonals que bloquegen els receptors d'aquestes cèl·lules que impedeixen que siguin atacades per limfòcits (inhibidors de *check point*); molècules que inhibeixen el creixement de la vascularització tumoral o danyen específicament l'ADN de cèl·lules canceroses el sistema natural de les quals és deficient a l'hora de reparar-los (inhibidors de la poli(adenosina difosfat-ribosa) polimerasa), i medicaments que realitzen diverses d'aquestes accions simultàniament.

També s'innova en altres àrees, com en el desenvolupament de nous biomarcadors en oncologia i altres especialitats (malgrat que la seva validesa diagnòstica, utilitat clínica i capacitat discriminant variïn considerablement i no s'hagin validat tots adequadament) i amb models d'intel·ligència artificial que milloren la capacitat diagnòstica, pronòstica i predictiva de resposta i toxicitat, combinant informació de diferents fonts.

Quant s'innova?

Tot i la innovació descrita, si ens centrem en la definició d'innovació com a avenç en terapèutica, les avaluacions realitzades els últims anys mostren clarament que els beneficis dels tractaments comercialitzats són variables segons el medicament analitzat —paradoxalment, menors del que s'esperava en el disseny de l'assaig clínic— i el preu dels quals, com a comú denominador, no té relació amb el benefici aportat.

Una anàlisi recent (Wieseler, 2019) de l'Agència d'Avaluació de Tecnologies d'Alemanya (IQWiG) sobre l'aportació de 216 fàrmacs oncològics i no oncològics autoritzats entre 2011 i 2017 indica que el 25 % aporta un benefici considerat més gran o considerable; el 16 %, menor o que no pot ser quantificat, i el 58 % no ofereix benefici en mortalitat, morbiditat ni qualitat de vida.

Una altra anàlisi específica dels 51 fàrmacs oncològics aprovats per l'FDA entre el 2000 i el 2015 mostra que, segons l'escala de benefici clínic de la Societat Europea d'Oncologia Mèdica (ESMO-MCBS), només el 35 % té un benefici clínic

significatiu (grau 4 o 5), i segons la de la Societat Americana d'Oncologia Clínica (ASCO-VF), el rang és de 3,4 a 67, amb una mitjana de 37. Així mateix, assenyala que no es troba relació entre l'aportació de benefici clínic i el preu de comercialització (Vivot, 2017).

En conclusió, es disposa d'avenços molt promissoris en farmacodinàmica i tecnològics amb valor terapèutic incremental, de moment i majoritàriament, baix, i un preu sense relació amb el benefici aportat (Workman, 2017).

Els reptes de la innovació en medicaments vistos des de l'R+D i pel regulador

Deixant al marge els motius, la productivitat de l'R+D (nous medicaments autoritzats per recursos invertits en R+D) s'ha reduït gradualment en les últimes dècades (paradoxes de la productivitat). Les millores *incrementals* en salut són inferiors a les esperades, i els costos, creixents. El percentatge de fracassos del desenvolupament dels nous medicaments (des de la fase I fins que són autoritzats en oncologia varia globalment entre el 70 % i el 90 %) tradueix la seva complexitat (dificultat per demostrar la prova del concepte en les fases I i II; resultats farmacodinàmics i farmacocinètics insuficients; progressió a fase III amb resultats de fase II insuficients; dificultat d'extrapolar mecanismes d'acció i dianes d'una malaltia a d'altres; errors en la demostració, en assajos pivotals de superioritat, de l'eficàcia i seguretat davant placebo en un nou tractament o un control actiu, o només benefici marginal o equivalència terapèutica). A més, la prolongació del període d'R+D redueix el de recuperació de costos durant el monopoli atorgat per les patents (Dowden i Munro, 2019; Heemwong i Siah, 2019).

El repte principal de la indústria és recuperar la seva inversió en R+D (inclosos els costos de capital i dels fracassos) i obtenir benefici. El dels reguladors és assegurar que les noves teràpies compleixin els estàndards regulatoris d'eficàcia, seguretat i qualitat, i que els seus preus permetin l'accés als pacients sense menyscabar l'eficiència i sostenibilitat del sistema i als fabricants recuperar els costos elevats de l'R+D (fixos i enfonsats), d'autorització i producció més un marge de benefici *raonable* (Campillo-Artero, 2016).

Aconseguir-ho obliga a superar moltes barreres. En els assajos clínics, inclosos els ben dissenyats i realitzats fins a la fase III, amb gran mida mostral i llarga durada, com en tots els

estudis, totes les estimacions dels efectes causals dels tractaments (eficàcia i seguretat) tenen associada incertesa; és consubstancial a elles. En els últims anys, les autoritzacions primerenques (fins i tot en fase II) de tractaments promissoris persegueixen afavorir l'accés primerenc (*early access*) dels pacients que poden beneficiar-se'n. Això augmenta la incertesa (*evidence*) esmentada i el resultat el resumeix l'aporia *evidence versus access*.

S'hi afegeixen l'asimetria d'informació entre productors, reguladors, prescriptors i pacients; un sistema regulatori que comença a deixar de ser binari (s'autoritza o no s'autoritza), i els errors regulatoris: autoritzar molt d'hora un tractament que a la fi no és eficaç o segur o que, tot i ser eficaç en certa mesura, el seu balanç risc/benefici és inadequat (tipus I), retardar la seva autorització quan es demostra posteriorment que és eficaç i segur, privant així del seu benefici els pacients o retardant-lo (tipus II), i els costos d'oportunitat associats amb ambdós errors (tipus III) (Eichler et al., 2008).

A més de l'eficàcia i seguretat *relatives* baixes, els preus i la despesa en nous medicaments oncològics continuen augmentant molt i amenacen l'eficàcia i sostenibilitat del sistema. Nombroses investigacions ho demostren: el seu preu no és el preu *socialment* òptim (el més baix perquè els productors recuperin els costos d'R+D i producció; una mica més gran que el cost marginal perquè l'innovador n'obtingui un benefici *reasonable*) i inferior al màxim que la societat estigui disposada a pagar. Però els preus actuals són tan elevats respecte al cost marginal que els productors no només recuperen els costos de l'R+D i producció (inclosos els de capital, dels fracassos i del procés d'autorització), sinó que els procuren retorns d'inversió molt substancials. Les conseqüències de les reduccions de la productivitat es compensen traslladant-les a preus molt elevats, que no justifiquen les baixes eficàcies relatives observades. Es desequilibra així la distribució de l'excedent social: els beneficis de productors (més grans) més els dels consumidors (menors).

Com s'afronten els reptes plantejats

Per reduir les limitacions, ineficiències i externalitats negatives i avançar davant dels reptes assenyalats de la indústria, els reguladors i la ciutadania en l'última dècada i mitja s'han estat introduint reformes en l'autorització (*assessment*), la cobertura, el finançament i el reemborsament (*appraisal*). Per limitació d'espai, es resumeixen a la taula 1, encara que abans cal postil·lar-ne algunes.

Taula 1. Mesures de millora de la regulació dels medicaments

En l'autorització

- Promoció de la utilització de dissenys experimentals nous o infrautilitzats més eficients: *basket*, *umbrella*, plataformes i els que eliminen les barreres entre les fases I, II i III (*seamless drug development*).
- Millora de la informació sobre *seguretat* en assajos clínics (estudis de PK/PD, valoració risc-benefici, líndars de tolerància al risc, validació i qualificació de biomarcadors, predicció de perfils toxicològics mitjançant models *in silico*, reforç de la farmacoepidemiologia i resultats notificats per pacients).
- Incorporació de la validesa tècnica, validesa clínica i utilitat com a estàndards de regulació de proves diagnòstiques, inclosos els biomarcadors de diagnòstic, pronòstic, resposta i toxicitat associats amb els medicaments (*co-development*), per millorar la seva validesa i rendiment diagnòstics.
- Revisió dels líndars d'incertesa per reduir els errors regulatoris associats amb les autoritzacions i les seves conseqüències.

En la cobertura, fixació de preus i postautorització

- Nous esquemes d'autorització i accés a nous medicaments: revisió prioritària (*priority review*), via ràpida de designació (*fast track designation*), accés primerenc (*early access*), aprovació accelerada (*accelerated approval*) i revisió paral·lela (*parallel review*).
- Autoritzacions basades en l'eficàcia i seguretat relatives i no de les absolutes, i reforç de la vigilància del seu compliment i dels estàndards regulatoris (*law enforcement*) i condicionals, com la limitada a un subgrup de pacients i posteriorment ampliada amb noves evidències, vies adaptatives (*adaptive pathways*).
- Major i millor utilització de l'avaluació econòmica com a quarta barrera.
- Nous models de preus com els basats en valor (*value-based pricing*).
- Nous esquemes de cobertura, finançament i reemborsament condicionats (*coverage with evidence development*, *patient access schemes*), i acords de risc compartit.
- Reducció de disparitats i entre criteris d'autorització, cobertura, fixació de preus i reemborsament entre reguladors, finançadors i agències d'avaluació de tecnologies sanitàries.
- Reforç de la vigilància postcomercialització i de l'efectivitat comparada (*comparative effectiveness*), *big data*, *real world data* i *machine learning* per augmentar i millorar la informació i predicció de l'efectivitat i seguretat postautorització.

L'acompliment insuficient dels estàndards d'autorització, unit a l'augment de les autoritzacions primerenques (condicionals o no) obliga, d'una banda, a reforçar la vigilància postautorització per recollir informació sobre efectivitat i seguretat, reduir la incertesa, i controlar els efectes d'extensió d'indicacions, de la seva suspensió (*reversals*) i de substitució inadequats (inclosos l'ús compassiu i fora de fitxa tècnica). De l'altra, a utilitzar models de cobertura, preus i finançament dinàmics, adaptats als resultats progressius de la vigilància esmentada.

Malgrat la ja gairebé generalitzada tendència a recomanar sistemes de preus basats en valor, hi ha controvèrsies que revelen que no s'ha de perdre de vista la teoria econòmica en què s'han de recolzar (depenent de les seves característiques reals, els seus efectes poden discrepar dels esperats), que no totes les aplicacions pràctiques es corresponen amb

aquests models pròpiament dits, i que, en absència de models *purs* a la pràctica, els contractes de risc compartit poden considerar-se l'aproximació més pròxima als esmentats models (Campillo-Artero, et al., 2019). S'han de preveure els recursos addicionals que tot això exigeix (els costos de transacció són alts), i avaluar en quina mesura els beneficis socials marginals de les reformes són més grans que els seus costos socials marginals.

Les avaluacions realitzades d'aquestes mesures de reforma (taula 1) indiquen que la seva implantació varia considerablement entre països i que, en conjunt, són solucions parcials, lentes, provisionals, insuficients i s'han d'adaptar a condicions canviants a curt, mitjà i llarg termini, sense oblidar que algunes són estructurals. La pèrdua de benestar social (el de tots) per parèsia o ineficiència regulatòria pot ser altíssim.

El nus gordià social consisteix en un intricat equilibri: compliment d'estàndards regulatoris mínims d'eficàcia i seguretat, llimdars adequats d'aversió a la incertesa i tolerància a errors, beneficis notables en salut, i preus i mesures (com el monopoli de les patents), perquè la indústria recuperi i mantingui la inversió en R+D sense menyscabar l'eficiència, la sostenibilitat i la solvència del sistema. Vegem a continuació si els acords de risc compartit (una sola d'aquestes mesures) poden contribuir en la seva mesura a *deslligar* el nus.

Els esquemes de pagament per resultats (EPR) com una alternativa a l'esquema tradicional

Davant d'aquest escenari d'incertesa en l'avaluació de la innovació, que va de la mà d'un sistema de preus de medicaments molt normativitzat, que no està donant resposta a aquestes incerteses plantejades (Espín, 2010), és necessari el desenvolupament i la validació de nous models. A Espanya, les decisions d'incorporació d'innovacions terapèutiques a la Cartera Bàsica de Serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS) i la determinació del seu preu i condicions d'accés i finançament són una competència directa de l'Estat (Llei 29/2006, de 25 de juliol). No obstant això, els entorns territorials descentralitzats del SNS tenen la responsabilitat de la seva gestió i finançament, i la de desenvolupar mesures per garantir un accés equitatiu i eficient a aquestes (Segú, 2014). Al seu torn, els hospitals públics han d'ajustar la contractació de medicaments a uns sistemes que, amb la seva rigidesa, tampoc no permeten grans canvis i que en aquests sistemes han de ser, i són, oportunitats. A continuació, s'analitza com

A Espanya, la incorporació d'innovacions terapèutiques a la Cartera Bàsica de Serveis del SNS i la determinació del seu preu i condicions d'accés són una competència directa de l'Estat

els EPR poden ser una opció basada no només en models de pagament per valor, sinó també en models de retroalimentació d'informació amb dades de vida real (*real-world data*).

Els esquemes de pagament de medicaments s'han centrat tradicionalment en la inclusió o exclusió d'un determinat medicament a la cartera i en la negociació d'un preu, teòricament, segons la seva aportació en benefici i el volum de població susceptible de ser tractada. En aquests esquemes el preu és fix, independentment dels resultats i de l'adequació. Davant d'una nova indicació d'un medicament ja comercialitzat se'n sol modificar el preu, però continua sent fix, sigui quina sigui l'aportació diferencial entre les indicacions. La característica fonamental d'aquests esquemes és que el comprador suporta la totalitat del risc, tant pressupostari com sobre l'impacte en termes de salut que derivessin de l'ús i resultats del medicament a la pràctica real (Segú, 2014).

Aquests sistemes tradicionals tenen dificultats per enfrontar-se als reptes derivats de les innovacions, especialment la incertesa sobre efectivitat i seguretat comparades, l'impacte pressupostari i el cost-efectivitat. Sobre aquests sistemes tradicionals determinats països han inclòs mètodes de prioritització basats en llimdars de cost-efectivitat incremental que expressen la disponibilitat social a pagar, com els del NICE Anglaterra-Gal·les, que desemboquen en una decisió d'inclusió sí/no a la cartera. A més, tenen l'avantatge de ser sistemes transparents de decisió; influeixen en la cartera i, però de manera lateral i no sempre, en el preu, i actuen amb decisions locals, encara que tenen el risc de generar preus endògens.

Davant d'aquest sistema de preus tradicionals, actualment hi ha la discussió en mitjans acadèmics i també en xarxes socials que proposen l'ús de la informació dels costos de desenvolupament en el càlcul del preu. En aquesta línia, l'Assem-

Els EPR són una aproximació al pagament basat en valor i tenen l'avantatge de permetre disposar de dades en vida real que retroalimenten el sistema de decisions

blea Mundial de la Salut ha aprovat recentment (28 de maig de 2019) la resolució *Millora de la transparència dels mercats de medicaments, vacunes i altres tecnologies relacionades amb la salut*¹, que conté una sèrie d'orientacions dirigides als Estats per millorar l'accés a la informació sobre els diferents processos de l'R+D i fixació de preus, i millorar la col·laboració entre ells i els sistemes de salut. Es pretén que els governs disposin de la informació que necessiten per negociar preus justos i assequibles.

Davant del repte dels nous fàrmacs i de les incerteses en l'avaluació de la innovació i davant els esquemes tradicionals de pagament amb preus fixos, en alguns països s'han plantejat i dut a terme models flexibles d'accés. El denominador comú en tots aquests models és que els beneficis i els riscos associats de les incerteses es distribueixen entre proveïdor i sistema sanitari. Per aquesta raó, se'ls denomina *acords de risc compartit* (ARC), tot i que la nomenclatura és variable i també es coneixen com *patient access scheme* (PAS) (Carlson, 2010; Garrison et al., 2013) o *managed entry agreements* (MEA) (Pauwels, 2017). Els models flexibles d'accés de medicaments inclouen un ampli rang, que inclou des dels models financers, com ara acords preu-volum o sostre de despesa, fins a acords basats en resultats.

Quan aquests models basats en resultats s'apliquen a escala individual, parlem d'EPR. En ells, el sistema sanitari només finança el cost dels pacients que responen al tractament en un determinat període de temps. Els EPR són una aproximació al pagament basat en valor i tenen, a més, l'avantatge de permetre disposar de dades en vida real que retroalimenten el sistema de decisions. El seu objectiu també inclou responsabilitzar la indústria en la sostenibilitat del sistema sani-

tari i en l'avaluació de resultats en salut, és a dir, avançar en la reducció de la incertesa, amb més coneixement d'efectivitat, seguretat i cost-efectivitat dels medicaments en la pràctica assistencial i, finalment, donar solucions terapèutiques als pacients a partir dels resultats clínics obtinguts. És en l'experiència acumulada amb EPR on més ens aturarem, ja que els EPR són els ARC que aporten més valor, perquè en la seva aplicació es vincula de manera dinàmica el preu de la innovació amb les seves condicions d'ús i amb els resultats obtinguts a la pràctica real.

Com a article d'especial interès cal destacar el publicat el 2013 per la *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) (Garrison et al., 2013) amb un posicionament de bones pràctiques per al disseny, la implementació i l'avaluació d'ACR, inclosos els EPR.

Experiències d'implementació d'EPR

Un informe recent de la consultora Ernst & Young (2019) sobre l'aplicació dels models d'accés a escala internacional assenyala que es concentren en els cinc principals països europeus: Alemanya, Espanya, Itàlia, França i el Regne Unit. S'identifica que l'oncologia és l'àrea terapèutica que més els fa servir (38 % dels acords firmats).

Els esquemes financers són els predominants (57 %), mentre que els basats en resultats representen un 23 %. Amb referència a Espanya i a models flexibles basats en resultats, Catalunya i Andalusia són les comunitats amb més activitat que revisen l'experiència d'ARC amb fàrmacs oncològics a Europa i constaten que és una política comuna dels pagadors per assegurar l'accés a fàrmacs oncològics d'alt cost (Pauwels, 2017).

Els elements bàsics que s'han de valorar en les decisions per definir quin esquema de pagament és l'adequat per a un determinat fàrmac/indicació són fonamentalment quatre (Segú, 2014): aspectes relatius al medicament i a la indicació, existència d'un grau d'incertesa rellevant, disponibilitat a pagar, i elements instrumentals i organitzatius de l'entorn d'aplicació. Aquest últim aspecte incideix especialment en les condicions organitzatives i instrumentals adequades en l'entorn que permetin la seva aplicació operativa.

En la definició de la variable de resultat és especialment important considerar que l'objectiu sigui clar, mesurable, objec-

¹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_ACON-F2Rev1-sp.pdf.

tiu, pragmàtic i rellevant a la clínica. Si s'utilitzen variables subrogades, han de ser bones predictorres de la variable final (resposta tumoral *versus* supervivència global), i el model ha de basar-se sempre en la pràctica clínica habitual i no generar noves estructures o necessitats.

El màxim objectiu i valor aportat per la incorporació dels EPR en la dinàmica de treball d'una institució és l'orientació a resultats de manera alineada entre els professionals, directius de la institució i la indústria farmacèutica. Si desglossem aquests objectius i incorporem altres beneficis aportats, podríem indicar que els EPR:

- Permeten reduir la incertesa inherent a la incorporació de nous fàrmacs al sistema de salut, repartint els riscos associats entre el finançador sanitari i el proveïdor.
- Afavoreixen l'accés al fàrmac de la població diana i eviten la prescripció de medicaments en indicacions fora de fitxa tècnica.
- Satisfan els clínics, ja que veuen reduïda la seva incertesa.
- Limiten l'impacte pressupostari si no s'observa el benefici en salut definit.
- Possibiliten exportar i compartir els resultats obtinguts de manera robusta a la pràctica assistencial fora de l'assaig clínic.
- Orienten la indústria farmacèutica a la recerca dels millors fàrmacs per assolir l'equilibri entre la qualitat i el benefici econòmic.
- Creen llaços de confiança entre el món acadèmic, l'assistencial i la indústria farmacèutica.

Per desenvolupar experiències és important conèixer les barreres per a la implantació d'EPR, entre les quals destaquen les següents:

- La seva posada en marxa requereix potents sistemes d'informació que permetin realitzar un seguiment fiable de l'efectivitat del tractament, cosa que pot resultar complexa i costosa segons la malaltia de què es tracti. Un informe del *Cancer Network Pharmacist Forum* (2009) va alertar que

els esquemes d'ARC que fins aquell moment s'havien posat en marxa al Regne Unit eren massa complexos i amb variables no recollides en les pràctiques assistencials. Per això, els EPR poden tenir elevats costos d'implementació, seguiment i monitoratge.

- Comporten una important càrrega burocràtica i significatius costos administratius i financers. A més, les negociacions necessàries consumeixen molt temps.
- La seva complexitat és elevada, en funció de les característiques de la tecnologia objecte del contracte, especialment quan els resultats pactats són incerts i els indicadors per mesurar-los estan poc definits.
- Sense prou confiança entre el pagador i la companyia farmacèutica, serà difícil aconseguir que l'acord funcioni bé, i poden sorgir conflictes d'interès entre ells.
- No és aconsellable utilitzar-los en aquells tractaments els efectes dels quals només es poden observar a llarg termini, per als quals no hi ha mesures de respostes específiques, objectives i rellevants, o per als quals no és possible disposar d'un grup de control.

Respecte a experiències pràctiques cal esmentar la de l'Institut Català d'Oncologia (ICO), que, des del 2011, ha implementat l'estratègia d'EPR des del seu model de gestió i de política de medicaments (Calle et al., 2014) i de manera alineada a la desenvolupada pel CatSalut. Els resultats són que, des del 2011, l'ICO ja ha firmat 19 acords en 9 malalties oncològiques i la inclusió del seguiment de resultats de més de 1.600 pacients.

L'ICO ha publicat la primera avaluació d'un EPR acord firmat a Espanya (Clopés et al., 2017). Les principals conclusions són que els resultats clínics sota l'EPR han aconseguit igualar els resultats de l'assaig clínic pivotal i obtenir un determinat retorn econòmic del cost del tractament. Però la conclusió més important deriva dels intangibles, ja que l'estratègia ha permès alinear professionals, finançadors i proveïdors cap a resultats, i orientar envers l'ús protocolaritzat del medicament, segons els criteris establerts en l'acord, que són els basats en l'evidència. En definitiva, l'impacte potencial de l'EPR, des de la perspectiva de delimitar les condicions d'utilització de la terapèutica, pot tenir una rellevància econòmica

molt més gran que el mateix retorn dels fracassos. És raonable pensar que alinear tots els agents (fabricant, pagador i professionals) en la mateixa direcció d'ús i vinculació a resultats incorpora incentius a l'optimització de la teràpia i a la seva aplicació eficient. ■

Referències

- Calle, C.; Clopés, A.; Salazar, R.; Rodríguez, A.; Nadal, M.; Germà, J.R.; Crespo, R.** (2014). "Nous reptes i noves oportunitats de gestió dels medicaments a l'Institut Català d'Oncologia (ICO): la cerca de la col·laboració pública-privada en l'entorn del medicament". *Ann Med*, 97, 10-13.
- Campillo-Artero, C.; Puig-Junoy, J.; Segú-Tolsá, J.L.; Trapero-Bertran, M.** (2019). "Price Models for Multiindication Drugs: A Systematic Review". *Appl Health Econ Health Pol*. doi: 10.1007/s40258-019-00517-z.
- Campillo-Artero, C.** (2016). "Reformas de la regulación de las tecnologías médicas y la función de los datos de la vida real". A: Del Llano Señaris et al. *Datos de vida real en el Sistema Sanitario Español*. Madrid: Fundación Gaspar Casal, 97-113.
- Carlson, J.; Sullivan, S.; Garrison, L.; Neumann, P.J.; Veenstra, D.L.** (2017). "Linking payment of health outcomes: a taxonomy and examination of performance based reimbursement schemes between healthcare payers and manufacturers". *Health Pol*, 96, 179-190.
- Clopes, A.; Gasol, M.; Cajal, R.; Segú, L.; Crespo, R.; Mora, R.; Simon, S.; Cordero, L.A.; Calle, C.; Gilabert, A.; Germà, J.R.** (2017). "Financial consequences of a payment-by results scheme in Catalonia: gefitinib in advanced EGFR-mutation positive non-small-cell lung cancer". *J Med Econ*, 20, 1-7.
- Dowden, H.; Munro, J.** (2019). "Trends in clinical success rates and therapeutic focus". *Nat Rev Drug Discov*, 18, 495-496.
- Eichler, H.G.; Pignatti, F.; Flamion, B.; Leufkens, H.; Breckenridge, A.** (2008). Balancing early market access to new drugs with the need for benefit / risk data: a mounting dilemma. *Nat Rev Drug Discov*, 7, 818-816.
- Ernst & Young.** (2019). *Estudios de las nuevas tendencias y políticas en la implementación de modelos flexibles de acceso en inmunoncología*. Ernst & Young. <https://www.ey.com/es/es/home/ey-nuevas-tendencias-y-politicas-en-la-implementacion-de-modelos-flexibles-de-acceso-en-inmuno-oncologia>.
- Espín, J.; Oliva, J.; Rodríguez-Barrios, J.M.** (2010). "Esquemas innovadores de mejora del acceso al mercado de nuevas tecnologías: los acuerdos de riesgo compartido". *Gaceta Sanit*, 24, 491-497.
- Garrison, L.P.; Towse, A.; Briggs, A.; de Pouvourville, G.; Grueger, J.; Mohr, P.E.; Severens, J.L.; Siviero, P.; Sleeper, M.** (2013). "Performance-based risk-sharing arrangements- Good Practices for design, implementation, and evaluation: Report of the ISPOR Good Practices for Performance-based risk-sharing arrangements task force". *Value Health*, 16, 703.
- Heemwong, C.; Siah, K.W.** (2019). "Estimation of clinical trial success rates and related parameters". *Biostatistics*, 20, 273-286.
- Kopp, C.** (2002). "What is a truly innovative drug? New definition from the International Society of Drug Bulletins". *Can Fam Physician*, 48, 1413-1426.
- Pauwels, K.; Huys, I.; Vogler, S.; Casteels, M.; Simoens, S.** (2017). "Managed Entry Agreements for Oncology Drugs: lessons from the European experience to inform the future". *Frontiers Pharmacol*, 8, 1-8.
- Puig-Junoy, J.; Campillo-Artero, C.** (2019). "Innovación y competencia en el sector farmacéutico en la época de la medicina de precisión". *Papeles Econ Esp*, 160, 52-63.
- Segú Tolsa, J.L.; Puig-Junoy, J.; Espinosa Tomé, C.; Clopés, A.; Gasol, M.; Gilabert, A.; Rubio, A.** (2014). *Guía para la Definición de Criterios de Aplicación de Esquemas de Pago basados en Resultados (EPR) en el Ámbito Farmacoterapéutico (Acuerdos de Riesgo Compartido)*. Versión 1.0. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, Servei Català de la Salut (CatSalut).
- Vivot, A.; Jacot, J.; Zeitoun, J.D.; Ravaud, P.; Crequit, P.; Porcher, R.** (2017). "Clinical benefit, price and approval characteristics of FDA-approved new drugs for treating advanced solid cancer, 2000-2015". *Ann Oncol*, 28, 1111-1116.
- Wieseler, B.; McGauran, N.; Kaiser, T.** (2019). "New drugs: where did we go wrong and what can we do better?". *BMJ*, 10, 366-340.
- World Health Organization** (2019). *Improving the transparency of markets for medicines, vaccines, and other health products*. Seventy Second World Health Assembly. Geneva: WHO; 2019. <https://www.who.int/news-room/detail/28-05-2019-world-health-update-28-may-2019>
- Workman, P.; Draetta, G.F.; Schellens, J.H.M.; Bernards, R.** (2017). "How Much Longer Will We Put Up With \$100,000 Cancer Drugs?". *Cell*, 168: 579-83.

GESTIÓ SANITÀRIA PÚBLICA. DISSENY DE CONTRACTES ENTRE ADMINISTRACIONS PÚBLIQUES I ORGANITZACIONS SANITÀRIES PRIVADES A ESPANYA¹

Ricard Meneu

Fundación Instituto de Investigación
en Servicios de Salud

Rosa Urbanos-Garrido

Universidad Complutense de Madrid

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

La recent reforma de la contractació pública

El marc vigent per a la contractació de les administracions públiques amb el sector privat sanitari ha experimentat importants canvis amb la recent Llei de contractes del sector públic de 2017 (LCSP). Tot i que les complexitats jurídiques aconsellen remetre a la literatura especialitzada (Domínguez

Martín, 2019), sembla inexcusable començar apuntant alguns dels grans trets de la nova situació. La LCSP suprimeix el contracte de gestió de serveis i el substitueix per la concessió de serveis i el contracte de serveis a les persones, en què el criteri de demarcació entre ambdues fórmules és la transferència o no al contractista del risc operacional (taula 1).

S'entén que el concessionari assumeix un risc operacional quan no estigui garantit que, en condicions normals de funcionament, recuperi les inversions realitzades ni cobreixi els costos en què hagi incorregut com a conseqüència de l'exploració de les obres que siguin objecte de la concessió. Els riscos transferits al concessionari han de suposar una exposició real a les incerteses del mercat, que impliquin que qualsevol pèrdua potencial estimada en què incorri el concessionari no és merament nominal o exigua.

A aquestes modalitats cal afegir els "contractes de prestacions personals de caràcter sanitari", que poden eludir les regles de la concurrència d'un contracte de serveis en dur-se a terme a través de fórmules no contractuals: reserva i acció concertada. En aquest sentit ja s'ha promulgat normativa au-

¹ Els autors agraeixen el finançament del Ministeri d'Economia, Indústria i Competitivitat (Projecte ECO2017-83771-C3-2-R, En-cape Público-Privado en Sanidad), del Programa Estatal d'R+D+I orientat als reptes de la societat.

Taula 1. Tipus de contractes del sector públic

	Es transfereix el risc operacional	No es transfereix el risc
És un servei públic	Contracte de concessió de servei públic (articles 15, 284 i 285)	Contracte de serveis que comporta prestacions directes a favor de la ciutadania (articles 17 i 312)
No és un servei públic	Contracte de concessió de serveis (articles 15, 285 i seg.)	Contracte de serveis (articles 17 i 308 i 313) Contracte de serveis que comporta prestacions directes que no són serveis públics (article 312)

Font: modificat de García Rosa (2018).

tonòmica (Llei 7/2017, de 30 de març, de la Generalitat Valenciana) que preveu com a modalitats de gestió de les prestacions sanitàries, a més de la gestió directa o amb mitjans propis, i de la gestió indirecta d'acord amb alguna de les fórmules establertes en la normativa sobre contractes del sector públic, la corresponent a acords d'acció concertada amb entitats públiques o amb entitats privades sense ànim de lucre no vinculades o creades *ad hoc* per una altra empresa o grup d'empreses amb ànim de lucre, entenent aquests acords com a "instruments organitzatius de naturalesa no contractual".

Així, el nou marc relacional entre les administracions sanitàries i els operadors privats, tot i que modifica algunes de les fórmules disponibles, no altera els equilibris bàsics previs. Atesa l'extensió d'apriorismes contraris a aquestes relacions que, amb independència de la seva legitimitat, s'afirmen sobre dades i fets inexactes, convé ressaltar que la LCSP explica que "els poders públics continuen tenint llibertat per prestar per si mateixos determinades categories de serveis, en concret, els serveis que es coneixen com 'serveis a les persones'". També les directives traslladades afirmen que

"cap disposició no obliga els estats membres a subcontractar o a externalitzar la prestació de serveis que desitgin prestar ells mateixos o a organitzar-los d'una altra manera que no sigui mitjançant contractes públics" (Directiva 2014/24/UE).

Amb tot, no es pot esperar que la LCSP 2017 atengui qüestions pròpies d'àmbits diferents, com ara les relacions laborals, que tanmateix a efectes contractuals tenen una enorme importància a mitjà i llarg termini en un sector com és el sanitari, intensiu en treball d'elevada qualificació i especificitat. Així, per als 10 anys de durada màxima previstos per a les concessions de serveis sanitaris (taula 2), el primer adjudicatari ha de reclutar el conjunt de professionals que els dispensaran, i que també ho continuaran fent durant la resta de la seva vida professional per subrogació successiva —privada o pública—, si no decideixen voluntàriament canviar d'ocupació.

En definitiva, aquesta harmonització normativa s'hauria de traduir en importants marges per gestionar més adequadament en funció de les característiques dels serveis i els acords que es pretenguin establir. Però aquesta panòpia am-

Taula 2. Durada dels contractes de concessió.

Tipus de concessió	Durada màxima (incloent pròrrogues)	Especificacions
Concessió d'obres i concessió de serveis (article 29.6-a)	40 anys màxim	Els de concessió de serveis només si comprenen l'execució d'obres i l'explotació de servei
Concessió de serveis no relacionats amb la prestació de serveis sanitaris (article 29.6-b)	25 anys màxim	Explotació d'un servei no relacionat amb la prestació de serveis sanitaris
Concessió de serveis de prestació de serveis sanitaris (article 29.6-c)	10 anys màxim	Comprenen l'explotació d'un servei l'objecte del qual consisteixi en la prestació de serveis sanitaris sempre que no estiguin compresos en el 29.6-a

Font: elaboració pròpia a partir de la Llei 9/2017, de contractes del sector públic.

plada fa que les opcions que s'adoptin hagin de dependre tant del limitat coneixement disponible sobre avantatges i riscos de les diferents formes de relació, com de les percepcions i els sentiments respecte a aquelles i aquests, així com de la disponibilitat o resistència a propiciar diferents mecanismes de captura. En aquest sentit resultaran crítiques les competències, capacitats i disposicions de les instàncies tècniques implicades en el disseny, la quantificació, la qualificació i la supervisió d'aquests acords, atesa la important discrecionalitat que es concentra en les seves decisions, molt superior a les responsabilitats objectives que enfronten. En vista de les executòries prèviament mostrades —contractes de concessió pràcticament calcats, idèntics al llarg d'una dècada, absència de previsions de penalització creïbles fiant els riscos d'incompliments parcials a una inversemblant rescissió, sospitoses distraccions o omissions sistemàtiques, etc.—, la mínima cautela exigible passaria per una aclaparadora transparència a tot el procés contractual, que permeti detectar, assenyalar i esmenar a temps orientacions inadequades, dissenys a mida, vaguetats o inespecificacions punibles, entre altres carències i volences difícilment acceptables.

Dit això, sembla oportú destacar que en algunes estipulacions de la nova normativa es poden interpretar esperançadors inicis d'inversió de la càrrega de la prova justificativa d'una determinada elecció, o almenys de la revisió d'alguna de prèvia. Concretament, en l'articulat de la LCSP relacionat amb la nova regulació del rescat per a la gestió directa per part de l'Administració, aquest s'admet per raons d'interès públic fins i tot malgrat la bona gestió del seu titular. No obstant això, el rescat de la concessió requerirà, a més, l'acreditació que la gestió directa és més eficaç i eficient que la concessional (article 279). Encara que pugui ser motiu d'escàndol per a alguns, considerem que l'exigència —generalitzada— d'una justificació raonable i amb base empírica, no merament apriorística, d'una superioritat en eficàcia i eficiència de l'alternativa plantejada, serà sempre preferible a qualsevol assumptió prejutjada.

L'experiència de la col·laboració publicoprivada en la sanitat espanyola: què en sabem?

L'absència d'una veritable cultura avaluadora en l'Administració espanyola impedeix disposar d'evidència abundant i rigorosa sobre com han funcionat fins al moment les diferents fórmules de gestió sanitària, ja siguin integralment públiques o de col·laboració publicoprivada (incloem en aquest últim

grup des dels tradicionals concerts fins als complexos contractes de les concessions administratives, que presten assistència sanitària integral en determinades àrees de salut). Pel que concerneix a la col·laboració en l'àmbit de l'atenció primària, els pocs estudis disponibles que avaluen les entitats de base associativa (EBA), una experiència d'àmbit exclusivament català formada per cooperatives de professionals amb qui el Servei Català de la Salut concerta l'assistència a canvi d'una càpita, mostren resultats positius tant des de la perspectiva de l'estalvi en costos com dels indicadors de qualitat i satisfacció (Ledesma, 2012). Tanmateix, respecte a l'atenció especialitzada no hi ha evidència conclouent que inclini la balança de manera sistemàtica cap a les entitats privades.

Els habituals exercicis de mesurament de l'eficiència de les organitzacions sanitàries indiquen que més que el model (públic o privat), el que importa és la forma concreta en què es gestiona cada centre (Alonso et al., 2015; Peiró, 2017). Un treball recent (Pérez-Romero et al., 2019) suggereix que un marc flexible de regulació i gestió de l'hospital tendeix a associar-se a una eficiència més gran. No obstant això, és necessari destacar l'orientació excessivament productivista de la major part d'aquests estudis. Els pocs treballs que incorporen indicadors de resultat final i de qualitat indiquen que no hi ha diferències significatives en termes d'adequació, seguretat, eficiència i efectivitat clínica (Serra et al., 2017; Comendeiro-Maaløe et al., 2019a). Un grapat d'informes, en canvi, alerten dels problemes associats als contractes de col·laboració d'alta complexitat, com els que caracteritzen les fórmules de contractació més noves (concessions administratives d'obra i servei). Entre ells es troben les limitacions a la competència efectiva que han suposat a la pràctica aquests contractes (CNC, 2013), l'absència d'objectius de qualitat explícits o la deficient supervisió dels diferents aspectes (financers i clínics) de la relació contractual (Síndic de Comptes, 2017 i 2018). Així mateix, es poden esmentar els riscos de fallida en la integralitat de la prestació sanitària o la pèrdua de coneixement clínic que pot derivar-se d'alguns processos d'externalització (Meneu i Urbanos, 2018).

L'evidència europea tampoc no permet sostenir la tesi que els centres gestionats privadament siguin sistemàticament superiors als públics. El treball de revisió de Tynkkynen et al. (2018) indica que, en termes generals, els hospitals públics solen mostrar millor acompliment que els proveïdors privats sense ànim de lucre i aquests, al seu torn, una mica millor

“Els espanyols som uns dels europeus que més importància atorga a la tasca de l'Estat en la garantia d'un nivell de vida digne, particularment quan es tracta de proveir cobertura sanitària universal”

que els proveïdors privats lucratis. Per la seva part, Kruse et al. (2017) coincideixen a assenyalar que els hospitals públics en un bon nombre de països europeus són almenys tan eficients (si no més) que els centres privats, i conclouen que el creixement experimentat per la provisió privada en hospitals no es relaciona amb millores en l'acompliment.

Certament, el creixement de les fórmules de col·laboració amb el sector privat s'ha fonamentat més en la promesa de potencials millores de l'eficiència en la gestió que en una realitat contrastada. Aquest prejudici, combinat amb la possibilitat que els contractes de concessió oferien als governs d'escamotejar importants inversions esquivant (almenys en un primer moment) els límits de deute públic, contribueixen a explicar el recurs a aquestes fórmules en les dues últimes dècades. Referent a això, el mateix Tribunal de Comptes Europeu (TCE) recomana amb vista al futur que les decisions de contractació amb el sector privat es basin en “anàlisis comparatives sòlides” que permetin seleccionar la millor opció (Tribunal de Comptes Europeu, 2018).

Nogensmenys, i per més que es reivindiqui la presa de decisions públiques “basada en l'evidència”, tot procés d'elecció col·lectiva es veu influït per la interacció entre votants i polítics. La pressió popular ha condicionat de manera important el que ha succeït a Espanya amb alguns contractes de concessió en els últims anys. Així, la intenció de la Comunitat Autònoma de Madrid d'aprovar nous concursos per cedir la gestió al sector privat de 6 hospitals i 27 centres de salut (Pla de garanties de sostenibilitat del sistema sanitari públic 2012) es va frenar com a conseqüència de les mobilitzacions de la “Marea Blanca”, un moviment contra les retallades sanitàries i la “privatització” en què es van implicar una part important dels professionals sanitaris. Finalment, i després de la paralització cautelar del procés d'externalització de la gestió per

part del Tribunal Superior de Justícia de Madrid, el govern de la CAM va desistir de les seves intencions, fet que va provocar la dimissió del llavors Conseller de Sanitat de la Comunitat el 2014. En el cas de la Comunitat Valenciana, la reversió de les concessions va ser una de les mesures estrella en la campanya electoral dels partits d'esquerra el 2015, que de moment ha donat com a resultat la no renovació del contracte d'Alzira després que finalitzés el 2018².

Es pot concloure que les decisions, d'un o un altre signe, sobre les relacions entre sector públic i privat, han estat més fruit de la ideologia que d'un debat seré que permetés analitzar de manera objectiva les virtuts i els riscos dels diversos models de gestió. Els partidaris de concedir al sector privat un paper més protagonista van ignorar el fet que en algunes ocasions els obligats a vigilar per l'interès general van prioritzar, en canvi, la defensa d'interessos particulars, i van pervertir així mateix les pròpies regles del joc del mercat: l'assumpció de riscos com a requisit per a l'obtenció d'un benefici econòmic (Gimeno-Feliu et al., 2018). Per la seva part, els partidaris de mantenir la gestió en un entorn purament públic van agitar el fantasma de la privatització, contribuint així a la deslegitimació social de la col·laboració publicoprivada (CPP).

No s'ha d'oblidar que la responsabilitat que els ciutadans atribuïm al sector públic respecte a alguns serveis és extraordinàriament elevada. Els espanyols som uns dels europeus que més importància atorga a la tasca de l'Estat en la garantia d'un nivell de vida digne, particularment quan es tracta de proveir cobertura sanitària universal. D'acord amb l'Enquesta de Valors 2019 de la Fundació BBVA, el 87 % dels entrevistats creu que l'Estat té molta responsabilitat en assegurar la cobertura sanitària, davant el 70 % de mitjana que assoleix als països veïns (Itàlia, França, Alemanya i el Regne Unit).

D'acord amb la mateixa enquesta, la percepció de la corrupció (en una escala de 0 a 10) també és més alta a Espanya (8,4) que en altres països del nostre entorn (6,7). Aquesta percepció es justifica, a més, pel declivi experimentat pels nostres indicadors de transparència i bon govern arran de la Gran Recessió. És important recordar que el context institucional juga un paper crucial en el funcionament de les diverses fórmules de col·laboració publicoprivades, de manera que en

2 Una anàlisi del procés de reversió de la concessió d'Alzira es pot trobar a Comendeiro-Maaløe et al., 2019b.

entorns caracteritzats per una forta captura regulatòria, els riscos associats a aquestes fórmules poden fàcilment superar els seus avantatges. Com recorden Gimeno-Feliu et al. (2018), l'èxit de qualsevol iniciativa de col·laboració publicoprivada està determinat per tres elements transversals: la seguretat jurídica, la transparència i la responsabilitat. Els dèficits registrats en aquests elements expliquen en bona mesura els problemes que s'han produït en les CPP, i són darrere dels escàndols més recents en la relació entre sector públic i privat en l'àmbit sanitari (com el de l'empresa Fresenius a Espanya i altres països, o la caiguda del gegant Carillion al Regne Unit³).

Això implica que qualsevol proposta normativa relacionada amb les fórmules de contractació entre les administracions públiques i les organitzacions sanitàries privades haurà d'atendre el context institucional vigent, i/o recomanar reformes institucionals que afavoreixin les sinergies entre ambdós sectors.

Com millorar la col·laboració entre el sector públic i el sector privat?

En un món cada vegada més globalitzat en serveis (75 % del PIB europeu) com els sanitaris i socials, què es pot fer perquè Espanya no es vegi abocada a una “desamortització” no més sanitarisocial, sinó també d'universitats públiques?

Ens basem en el que s'ha escrit tant més amunt com en treballs previs en un escenari d'esclerosi progressiva de la gestió pública: “Cal una (més que millor) molt bona gestió pública perquè funcionin tant les formes més intenses de col·laboració publicoprivada com les opcions més conservadores o regressives de republicar i reestatutaritzar, en un retorn al passat poc justificable per a la societat del segle XXI”, (Meneu i Urbanos, 2018). Alguna cosa sabem sobre com millorar la

3 Fresenius és una empresa líder a escala mundial de serveis de diàlisi, sancionada per subornar metges de la sanitat pública perquè derivessin pacients cap als seus centres, a més de per desenvolupar altres pràctiques corruptes per obtenir informació privilegiada o influir en la redacció de les especificacions tècniques dels concursos públics (Securities and Exchange Commission, 2019). Per la seva part, Carillion era un dels principals contractistes en les concessions d'obra del Regne Unit, amb una amplíssima presència al sector sanitari. La seva fallida, juntament amb les estimacions del cost que els contractes vigents de col·laboració publicoprivada suposaran en els propers anys al govern britànic (gairebé 200.000 milions de lliures fins al 2040, segons la National Audit Office), van forçar l'aleshores ministre de Finances del Regne Unit a anunciar que no es llançaran nous contractes de concessió.

qualitat de la política i el disseny de les nostres institucions (Hernández, 2018) gràcies, en part, a la benèfica influència de la Unió Europea, per exemple, per propiciar l'avaluació o ajudar en l'infantament d'ens com l'Autoritat Independent de Responsabilitat Fiscal (AIReF), en funcionament des del 2013, o l'Oficina de Supervisió de la Contractació Pública, creada per la Llei 9/2017 i pendent de dotar, que serà clau per al disseny que dona títol a aquest article.

Els beneficis econòmics obtinguts de la prestació privada de serveis públics poden resultar socialment convenients si premien l'eficiència, la innovació i compensen el risc, però seran socialment perjudicials si s'obtenen sobre la base de restringir la competència, l'aprofitament de contactes i la captura regulatòria (la riquesa crea poder, el poder crea riquesa) (García-Altés i Ortún, 2018).

Com s'ha comentat en el primer epígraf d'aquest article, l'acció concertada en els àmbits socials, sanitaris i educatius constitueix un nou instrument de relació amb l'administració pública de tipus no contractual, amb finançament, accés i control públics. L'article 11.6 de la Llei 9/2017 de contractes del sector públic diu: “Queda exclosa d'aquesta Llei la prestació de serveis socials per entitats privades, sempre que aquesta es realitzi sense necessitat de subscriure contractes públics, a través, entre altres mitjans, del simple finançament d'aquests serveis o la concessió de llicències o autoritzacions a totes les entitats que compleixin les condicions prèviament fixades pel poder adjudicador, sense límits ni quotes, i que l'esmentat sistema garanteixi una publicitat suficient i s'ajusti als principis de transparència i no discriminació”. La disposició addicional 49a habilita les comunitats autònomes perquè legislin articulant instruments no contractuals. Moltes ja ho han fet i no necessàriament reservant aquesta “acció concertada social” a les entitats sense ànim de lucre. Es tracta, doncs, d'una solució ad hoc adaptada a l'estatu quo, adequada per a serveis sense economies d'escala ni competència entre ells.

Sabem, no obstant això, que el grau de competència constitueix un factor exogen que afecta la qualitat de la gestió. I encara que el sector sanitari està més “a prova d'Amazon” que altres sectors, cal anar introduint la idea que els recursos que una organització sanitària rebi dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. Caldrà anar més enllà de l'estatu quo especialment en els serveis sanitaris més allunyats de l'artesania

local” susceptible d’acció concertada. Aquells que coneixen les economies d’escala, gamma i aprenentatge, que necessiten innovar en un món, en el qual les tècniques d’edició genètica, les interfícies neuronals o la intel·ligència artificial fa temps que són realitats difícils d’ignorar, han de compassar el canvi organitzatiu en un context regulatori que faciliti la contractació pública competitiva entre l’Administració i el sector privat.

La dicotomia entre contracte de serveis, amb transferència de riscos, i contracte de serveis, sense ella, s’ha de superar amb una visió a mitjà i llarg termini que aprengui d’experiències com la dels Països Baixos. Transferir riscos com allà s’ha fet no va requerir únicament l’eliminació dels incentius a la selecció d’aquests per part de les companyies d’assegurances mitjançant pagaments capitatius ajustats per risc. Va caldre també una transferència gradual en el temps, des de gairebé res a l’inici fins a una important transferència de risc vint anys després. És important destacar que tant l’aprenentatge —sobre com ajustar per risc— com la perseverança i previsibilitat en les polítiques resulten essencials en la relació entre les administracions públiques i el sector privat.

La dicotomia abans citada, amb i sense transferència de risc, afecta igualment a un altre tipus de col·laboracions publico-privades, particularment a les que suposen inversió en infraestructures. Amb risc total o parcialment públic la inversió compta com a despesa pública. Seria més lògic, com proposa Andreu Mas-Colell (2018), donar sentit econòmic a les normes comptables europees i graduar la part de la inversió que es considera pública en funció del grau de risc assumit, una cosa que sempre s’ha fet en el sector financer.

El marc legal per a la contractació amb el sector privat ofereix menús suficients, i afortunadament homogenis dins de la UE, amb antecedents sanitaris que no descarten un bon ús d’aquest marc (Meneu i Urbans, 2018). Pesa molt, no obstant això, la incompetent manera de contractar infraestructures, amb gran impacte en l’opinió pública: serveixen com a exemples les radials de Madrid, el túnel de Perthuis i el dipòsit de gas Castor. En els tres casos, els beneficis aconseguits en la construcció van compensar àmpliament les pèrdues de l’escàs capital privat aportat per les concessionàries. Les pèrdues públiques han estat, en canvi, formidables (Bel et al., 2019).

Per això, i en línia amb el que ha apuntat l’Oficina Independiente de Regulación y Supervisión de la Contratación en el seu pri-

mer informe (Oirescon, 2019), insistim a assenyalar que hi ha un important marge de millora en el disseny dels plecs, les condicions especificades en els contractes, i el seguiment i la supervisió que se’n fa, que s’hauria d’aprofitar per fomentar la competència, la qualitat del servei que es contracta i, en definitiva, l’eficiència en l’ús dels recursos públics.

Però més enllà de la competència entre els actors privats que contracten amb l’Administració, és urgent estimular la competència per comparació, pel que fa a la gestió dels serveis finançats col·lectivament, entre els esmentats actors i els ens públics, i també, i amb particular interès, dins d’aquests últims. La competència per comparació entre ens del sector públic crea tant cultura cívica (que estimula la rendició de comptes) com dades i algorismes que poden ajudar a reduir molt l’asimetria informativa (la qual cosa afavoriria l’entrada al mercat de serveis públics d’altres agents, amb o sense ànim de lucre).

Els ens del sector públic en els quals cap la competència per comparació poden rebre l’estímul de la Comissió Nacional de Mercats i Competència (CNMC) i de l’Airef sobre la base de tres pilars d’evolució molt recent:

- La creixent demanda social de transparència, condició necessària per a l’assoliment de la democràcia i l’eficiència. El compromís amb la satisfacció d’aquesta demanda hauria de ser, a més, prou fort com per no renunciar-hi donant crèdit als imaginatius pretextos dels qui defensen els seus interessos oposant-s’hi amb *cartelitzada* tenacitat.
- La molt augmentada possibilitat tècnica de proporcionar dades molt riques, desglossades per centres, d’utilització, satisfacció, resultats, etc. Una possibilitat, aquesta, inexistent fa 10 o 20 anys. En l’època de la dada com a input fonamental, no es pot donar l’esquena a totes les aplicacions d’intel·ligència artificial que estan venint i que poden servir, no només per diagnosticar una degeneració macular millor del que pot fer-ho un oftalmòleg, sinó també per comparar centres sanitaris (o docents) millor que qualsevol anàlisi clàssica de frontera.
- Un marc normatiu de contractació nou, adaptable i vigilat per la UE, autoritats com la CNMC i la ciutadania responsable, interessada tant en una bona regulació com en el millor funcionament del sector públic.

En definitiva, gens nou: a la competència per la transparència (amb una inèdita riquesa de dades, i un marc legal modern i assenyat). Això sí, començant per donar una mica d'exemple que permeti muscular, sense fiar-ho tot al proteccionisme permanent, en una societat on cada vegada més només hi haurà una manera de fer les coses: fer-les com qui millor les faci. ■

Referències

- Alonso, J.M.; Clifton, J.; Díaz-Fuentes, D.** (2015). "The impact of New Public Management on efficiency: An analysis of Madrid's hospitals", *Health Policy*, 123, 333-340.
- Bel, G.; Bel-Piñana, P.; Rosell, J.** (2017). "Myopic PPPs: Risk allocation and hidden liabilities for taxpayers and users", *Utilities Policy*, 48, 147-156.
- Comendeiro-Maaløe, M.; Ridao-López, M.; Gorgemans, S.; Bernal-Delgado, E.** (2019a). "A comparative performance analysis of a renowned public private partnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015", *Health Policy*, 123, 412-418.
- Comendeiro-Maaløe, M.; Ridao-López, M.; Gorgemans, S.; Bernal-Delgado, E.** (2019b). "Public-private partnerships in the Spanish National Health System: The reversion of the Alzira model", *Health Policy* 123, 408-411.
- Comissió Nacional de la Competència** (2013). *Informe sobre la aplicació de la guia de contractació y competencia a los procesos de licitación para la provisión de la sanidad pública en España*. Madrid.
- Directiva 2014/24/UE del Parlament Europeu i del Consell** de 26 de febrer de 2014 sobre contractació pública i per la qual es deroga la Directiva 2004/18/CE, <https://www.boe.es/doue/2014/094/L00065-00242.pdf>.
- Domínguez Martín, M.** (2019). "Los contratos de prestación de servicios a las personas. Repensando las formas de gestión de los servicios sanitarios públicos tras las directivas de contratos de 2014 y la ley 9/2017 de contratos del sector público", *Revista General de Derecho Administrativo*, 50.
- Fundación BBVA** (2019). *Estudio Internacional de Valores Fundación BBVA Primera parte: Valores y actitudes en Europa acerca de la esfera pública*, https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2019/09/Presentacion_Estudio_Valores_2019.pdf.
- García Rosa, M.** (2018). "El nuevo contrato de concesión de servicios: claves para su fiscalización", *Auditoría Pública*, 71, 91-100.
- García-Altés, A.; Ortún, V.** (2018). "Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria". *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 57-81.
- Gimeno-Feliu, J.M. et al.** (2018). *La gobernanza de los contratos públicos en la colaboración público-privada*. Cambra Oficial de Comerç, Indústria, Serveis i Navegació de Barcelona, https://www.esade.edu/itemsweb/idgp/Libro%20Gobernanza_Contratos_Publicos_Colaboracion_Publico_Privada.pdf.
- Hernández, I.** (2018). "Diseño institucional y buen gobierno: avances y reformas pendientes", *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 145-164.
- Kruse, F.M.; Stadhouders, N.W.; Adang, E.M.; Groenewoud, S.; Jeurissen, P.P.T.** (2018). "Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review", *International Journal of Health Planning and Management*, 33, e434-e453.
- Ledesma, A.** (2012). "Autogestión o autonomía de gestión?" A: Informe SESPAS 2012, *Gaceta Sanitaria*, 26, 57-62.
- Llei 7/2017, de 30 de març, de la Generalitat**, sobre acció concer-

tada per a la prestació de serveis a les persones en l'àmbit sanitari, https://www.dogv.gva.es/datos/2017/04/06/pdf/2017_2915.pdf.

Llei 9/2017, de 8 de novembre, de contractes del sector públic, per la qual es transposen a l'ordenament jurídic espanyol les Directives del Parlament Europeu i del Consell 2014/23/UE i 2014/24/UE, de 26 de febrer de 2014, <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2017-12902&tn=2&p=20190209>.

Mas-Colell A. (2018). "Les regles comptables europees i l'inversió pública". *Diari ARA*, 24 de novembre.

Meneu, R.; Urbanos, R. (2018). "La colaboración público-privada en sanidad: hasta dónde y cómo delimitar sus fronteras", *Cuadernos Económicos de ICE*, 96, 35-55.

National Audit Office (2018). *PFI and PF2. Report by the Comptroller and Auditor General*.

Oirescon (2019). *Informe anual de supervisión de la contratación pública en España*, <https://contrataciondelestado.es/wps/wcm/connect/27901388-df3a-434d-8a47-3356a7c11261/INFORME+SUPERVISION+OIRESCON+2019.pdf?MOD=AJPERES>.

Peiró, V. (2017). "Aspectos de política sanitaria", A: López-Casasnovas, G. i Del Llano J.E. (ed.). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*, 94-103. Fundación Gaspar Casal. Madrid.

Pérez-Romero, C.; Ortega-Díaz, M.I.; Ocaña-Rioja, R.; Martín-Martín, J.J. (2019). "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión", *Gaceta Sanitaria*, 33, 325-332.

Securities and Exchange Commission (2019). *Release No. 4033 / March 29, 2019*.

Serra, M.; Manganelli, A.G.; López-Casasnovas, G. (2017). "La aproximación empírica. La Ribera, Torreveja y Vinalopó". A: López-Casasnovas, G. i Del Llano, J.E. (ed.). *Colaboración público-privada en sanidad: el modelo Alzira*, 132-231. Fundación Gaspar Casal. Madrid.

Sindicatura de Comptes (2017). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Manises. Ejercicios 2009-2015*. València.

Sindicatura de Comptes (2018). *Auditoría operativa de la concesión de la asistencia sanitaria integral en el Departamento de Salud de Torreveja, Ejercicios 2003-2016*. València.

Tribunal de Comptes Europeu (2018). *Asociaciones público-privadas en la UE: Deficiencias generalizadas y beneficios limitados*, Informe Especial n.º 9, <https://www.eca.europa.eu/es/Pages/DocItem.aspx?did=45153>.

Tynnkkynen, L.K.; Vrangbæk, K. (2018). "Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe", *BMC Health Services Research*, 18(1):141.

INDÚSTRIA FARMACÈUTICA. INNOVACIÓ I SOLVÈNCIA DE L'ESTAT DEL BENESTAR

Félix Lobo

Professor emèrit, Universitat Carlos III de Madrid

Joan Rovira

Professor emèrit de la Universitat de Barcelona

La indústria farmacèutica (IF) i el sistema nacional de salut (SNS) tenen interès comú a promoure la innovació terapèutica, però interessos oposats quant a preus i despesa en medicaments. Tanmateix, ambdues parts es necessiten mútuament i els convé un equilibri. Aquest article repassa algunes qüestions candents de política farmacèutica, com ara valor social, complexitat, cicle de vida, ritme, costos i rendibilitat de l'R+D+I (recerca, desenvolupament i innovació) i el binomi innovació-sostenibilitat del SNS. També s'estudia el cas d'Espanya i s'aporten algunes conclusions.

1. Valor social i complexitat de l'R+D+I farmacèutica

La indústria farmacèutica (IF) està basada en la ciència, la recerca i la innovació de productes. Els països de l'OCDE gasten en R+D el 14 % del seu valor afegit, només per darrere de les indústries aeronàutica i espacial (18 %), i electrònica i òptica (17 %), i molt més que la mitjana per a tota la indústria (6 %) (OECD, 2017). Precisament el valor social que aporta és un flux de medicaments nous que milloren la nostra salut, ja que permeten tractar, curar o pal·liar malalties o símptomes. El gran economista industrial Scherer estima que “han propor-

cionat beneficis substancials en termes de prolongació de la vida humana i reducció de la càrrega de les malalties” (Scherer 2010), i des de l'economia del desenvolupament i la història econòmica, el Nobel Deaton jutja que “han salvat milions de vides [...] i permès a milions de persones [...] continuar treballant, percebent ingressos i estimant...” (Deaton 2015, p. 159). N'hi ha prou amb assenyalar espectaculars exemples recents en el tractament de l'hepatitis C, en oncologia, en malalties rares i en altres àmbits.

Tanmateix, els nous tractaments tenen, freqüentment, costos elevats —amb xifres de cinc a sis dígits en euros per pacient—. El tisagenlecleucel (Kymriah®), la primera de les teràpies CAR-T, es va incloure en la prestació farmacèutica del SNS espanyol el 2018 a un preu de 320.000 € (tot i que és un preu “de catàleg” subjecte a acords especials de risc compartit). Això causa preocupació, per la sostenibilitat del SNS i per l'efecte desplaçament d'altres tractaments possiblement més cost-efectius. Els medicaments orfes en són un altre exemple. Han demostrat que els estímuls a l'R+D funcionen, però hi ha dubtes sobre si l'ordre de prioritats implícit davant d'altres opcions, segons l'efectivitat, el cost i les poblacions afectades, és el correcte.

Aquestes preocupacions ens porten a preguntar per l'eficiència assignativa dels processos d'R+D+I de medicaments¹. Es duu a terme tota la recerca necessària per al benestar social, inclosos els països en desenvolupament? El model industrial

1 Un examen més ampli d'aquestes qüestions es pot veure a Lobo (2019a) i Lobo (2019b), articles que aquí seguim en part.

d'R+D és eficient? El valor en salut que aporten els medicaments en compensa el preu? Per respondre, cal definir i mesurar la innovació.

2. La innovació en el cicle de vida d'un medicament

La innovació es defineix i es mesura de formes diferents i sovint contradictòries. Amb vista a les decisions administratives, convindria una definició explícita i operativa. Tractant-se de medicaments i tecnologies de salut, sembla raonable centrar-la en el valor terapèutic afegit; és a dir, en si tenen efectes incrementals sobre la salut i el benestar, en relació amb els de la millor tecnologia existent. Això implica que no tot medicament de nova comercialització és necessàriament innovador.

Les decisions públiques que jalonen la vida d'un medicament i pivoten sobre la seva aportació en salut són: la patent, l'autorització de comercialització, la fixació de preu i el finançament o adquisició.

2.1. Patent

L'objectiu de les patents és promoure la inversió privada en innovació, atorgant una exclusiva temporal de comercialització (monopoli) al producte innovador. Per obtenir-les els requisits són: a) novetat, b) activitat inventiva i c) aplicació industrial. Tanmateix, en el cas dels medicaments, la patent se sol·licita i atorga molt abans dels assajos clínics que en determinen l'eficàcia i la seguretat. Així, la patent no garanteix l'aportació en salut, sinó tan sols una estructura molecular o un procés de producció diferents als existents. Malgrat la legislació internacional homogeneïtzadora (de l'OMPI o l'ADPIC de l'OMC), la definició específica d'innovació la decideix cada país i, a la pràctica, hi ha diferències notables.

2.2. Autorització de comercialització

En tots els països, la comercialització d'un medicament requereix una autorització administrativa prèvia, condicionada a demostrar-ne l'eficàcia i seguretat mitjançant assajos clínics. Si els assajos clínics comparessin el nou medicament amb la millor alternativa existent, en principi garantirien el seu caràcter innovador. Tanmateix, les legislacions no van tan lluny i permeten comparar amb un placebo, o que se'n demostrï només la no inferioritat davant un medicament ja disponible. Així, el medicament autoritzat pot no suposar una millora terapèutica sobre els existents, tot i que pot afegir-hi altres valors, com ara una reducció de costos.

2.3. Fixació del preu i finançament

Si pretenem maximitzar la salut o el benestar global per determinar si un producte és innovador, a més de l'efectivitat terapèutica, cal considerar-ne els costos i altres efectes sobre els recursos. Si el cost fa inassequible un tractament, la innovació terapèutica no es produirà efectivament i el producte no podrà considerar-se una innovació real, sinó, a tot estirar, una innovació potencial.

En l'avaluació de tecnologies en salut (ATS) és habitual mesurar l'aportació terapèutica en termes de la raó incremental cost-efectivitat, respecte a un comparador apropiat. L'efectivitat es mesura a través del guany en AVAQ (anys de vida ajustats per qualitat), un índex de salut general que combina l'augment de la supervivència amb un indicador de la qualitat de vida. El valor d'aquest índex, en relació amb un llindar establert expressiu de la disposició a pagar, ens dona, en principi, un criteri de decisió, ja que sabem quants euros addicionals hem de pagar per cada AVAQ guanyat i podem comparar amb altres intervencions alternatives.

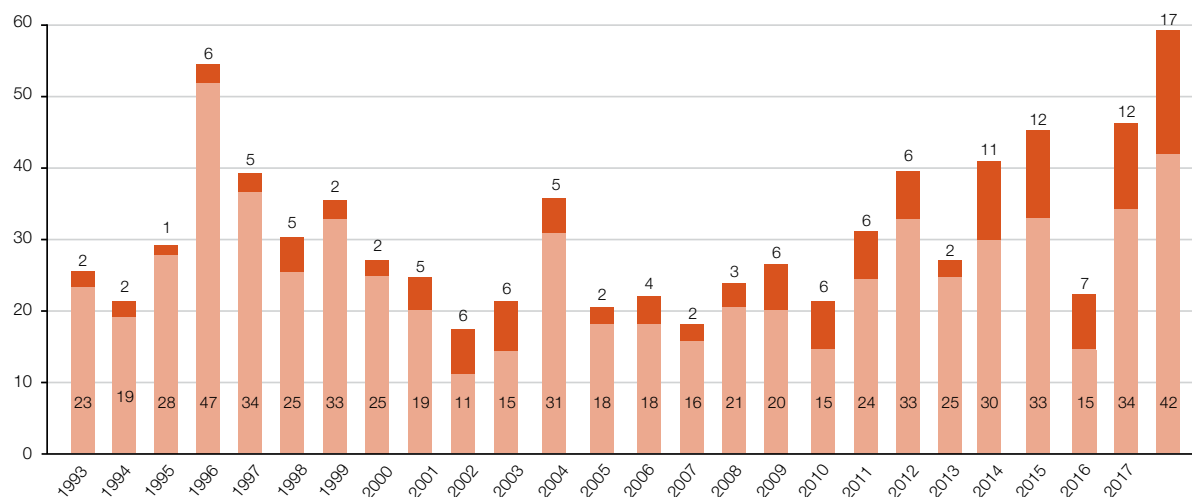
3. El ritme de la innovació

La innovació oscil·la en el temps o es manté? Per respondre, una mesura és la del punt 2.2: els productes de nova comercialització aprovats per l'autoritat sanitària, per exemple, la nord-americana (FDA) o l'europea (EMA). Des del 1950 la mitjana anual de "noves entitats moleculars (NEM)" aprovades per la FDA va ascendir a 15 en els setanta i a 25-30 en els vuitanta. El 1996 hi va haver una punta seguida d'un descens sostingut fins a aproximadament el 2005 (Kinch et al. 2014). Aquesta davallada, en unió dels elevats creixements en els costos d'R+D llegats, va generalitzar la tesi de la disminució de la productivitat de l'R+D farmacèutica (figura 1), que va servir per reclamar més protecció i justificar alts preus.

Avui, aquesta tesi sembla refutada per dades que quantifiquen una onada d'innovació en productes biotecnològics i en àrees com la immunologia i l'oncologia. Entre el 2011 i el 2018 la FDA va aprovar 309 medicaments, amb un rècord de 59 el 2018 i una mitjana de 38 a l'any, "la major productivitat sostinguda en l'era moderna" (LaMattina 2019). Tot i que encara és d'hora per afirmar que s'ha produït un gir copernicà.

Tanmateix, la mesura utilitzada (NEM) és discutible. No totes les NEM constitueixen una innovació, atès que n'hi ha prou amb demostrar un balanç risc-benefici positiu, però no millor que el

Figura 1. Noves entitats moleculars i productes biològics aprovats per l'FDA (1993-2018)



Font: Mullard, 2019.

Nota: inclou totes les NEM i PBA aprovades pel Center for Drug Evaluation and Research (CDER) de l'FDA. Exclou productes estrictament biològics aprovats pel Biologics Evaluation and Research (CBER) de la FDA, com ara factors de coagulació i vacunes.

dels productes ja coneguts². No té, doncs, en compte la seva diferent qualitat. El 2018 la FDA va qualificar de teràpia disruptiva (*breakthrough therapy*) catorze productes, el 24% de la cohort anual (Mullard, 2019).

Precisament, als EUA i a Europa hi ha, en l'actualitat, discussions sobre els procediments d'autorització preferents implantats en l'última dècada que intenten accelerar la disponibilitat per als pacients dels medicaments nous amb avaluacions i autoritzacions que traslladen part dels estudis i les decisions definitives sobre la seva aplicació clínica a la pràctica real. Per a alguns, els controls són menys rigorosos i afavoreixen la comercialització de productes poc innovadors. Wieseler et al. (2019) estimen que el 75 % dels medicaments introduïts a Alemanya entre el 2011 i el 2017 no aporten beneficis terapèutics significatius i que els processos internacionals d'R+D+I i les legislacions haurien de ser reformats. És molt o poc, aquest 25 % que hauria aportat grans o considerables beneficis? El got es pot veure mig buit o mig ple. D'altra banda, caldria tenir en compte la innovació no concretada en productes, sinó en noves indicacions dels ja existents (nous usos clínics), fet que n'elevaria la productivitat.

2 Entre la legislació dels EUA i l'europea, en referència a aquesta qüestió, hi ha algunes diferències en les quals no podem entrar aquí.

4. La rendibilitat de l'R+D+I

Una gran qüestió és si l'R+D dels medicaments té una rendibilitat "adequada" o si és excessiva, i la societat està pagant beneficis empresarials excessius. En l'àmbit de l'empresa, la rendibilitat de la IF crida molt l'atenció. Mesurada per la taxa de benefici després d'impostos com a percentatge del capital, és sistemàticament superior a la d'altres indústries. En el període 1968-2006 va figurar 27 vegades com la primera o la segona en la llista de 22-50 sectors ordenats per *Fortune* (Scherer 2010, pàg. 562). Amb tot, la persistència de beneficis superiors pot indicar un problema de monopoli i ha generat nombroses crítiques.

Que hi hagi hagut beneficis més grans s'ha justificat amb dos arguments. Primer, que les inversions en R+D farmacèutica presenten alt risc. Aquesta és una qüestió crucial, ja que un risc més gran exigeix més remuneració al capital amb la consegüent elevació dels costos d'R+D i dels preus. Com es mesura el risc? Es menciona que la taxa d'èxit dels estudis clínics (probabilitat que un producte que comença a ser estudiat en humans obtingui autorització de comercialització) és del 7 % al 12 % segons els estudis més recents, i hauria caigut al llarg del temps. A més, el risc de fracàs persistiria en fases tardanes. Tanmateix, hi ha qui sosté que l'inversor associa risc a estabilitat del benefici, més que a les característiques tècniques del procés innovador.

Com que els beneficis de la IF es mantenen estables en el temps a un nivell elevat, el risc seria menys agut.

En segon lloc, s'al·lega que la taxa de benefici comptable té limitacions, ja que no és representativa de la taxa interna de retorn empresarial. Tanmateix, utilitzant altres variables més refinades, Scherer (2010) va concloure que el marge brut de la IF el 1987 va ser el sisè més alt i el doble que el de la indústria en conjunt, i l'Office of Technology Assessment (OTA) del Congrés dels Estats Units, avui desapareguda, fent servir una "taxa de recuperació del flux de caixa" (pròxima a la taxa interna de retorn de l'empresa) ajustada per risc, va trobar que la rendibilitat en la IF entre el 1976 i el 1987 va ser dos o tres punts percentuals superior al d'indústries similars, amb els quals n'hi hauria prou per incentivar un flux substancial de noves inversions cap a la innovació farmacèutica. L'OCDE, en el seu recent i important estudi sobre innovació i accés als medicaments (2018), aporta càlculs amb dades recents (2002-2016) sobre diferència entre taxa de rendibilitat i cost del capital, que ja tindria en compte els diversos perfils de risc, que revelen que ha estat més rendible que altres indústries innovadores (aeroespacial i defensa, tecnologies de la informació, altres tecnologies sanitàries...).

Podem també analitzar la rendibilitat des del punt de vista dels productes o projectes d'R+D. Per a això hem de definir i conèixer-ne els costos, qüestió importantíssima, ja que afecten al ritme de la innovació, condicionen el tipus d'empreses innovadores i influeixen decisivament en els preus dels medicaments, que se solen justificar pel nivell dels costos esmentats.

Però sobre aquestes justificacions pesen grans interrogants. El primer és la manca de dades fidedignes i de transparència. Els estudis més coneguts i utilitzats per la indústria, els de DiMasi, Grabowski i Hansen (l'últim de 2016) i el de Mestre-Ferrándiz et al. (2012), no es poden reproduir, ja que es basen en enquestes confidencials a empreses farmacèutiques³. Com va dir l'Office of Technology Assessment (OTA, 1993) del Congrés dels Estats Units, avui desapareguda, les empreses "podrien sobreestimar els costos, sense la menor possibilitat de ser descobertes", encara que la seva informació va corroborar les dades dels primers estudis d'aquesta sèrie.

3 Hi ha una interessant revisió dels estudis sobre els costos de l'R+D, però acaba el 2009 (Morgan et al. 2011). Mestre-Ferrándiz et al. (2012) també revisen en detall onze estudis.

Nous interrogants deriven d'altres característiques metodològiques d'aquests estudis i de les seves serioses limitacions, que resumim a la taula 1. És molt important destacar que imputen un cost d'oportunitat al capital invertit, per reflectir la rendibilitat esperada a què els inversors renunciïn quan inverteixen en R+D, en lloc d'una cartera igualment arriscada d'actius financers. Els resultats depenen críticament de les hipòtesis sobre la magnitud d'aquest cost —que suposa prop del 50 % del cost total estimat— i d'altres paràmetres fonamentals.

No pot estranyar, aleshores, que hi hagi una gran discussió sobre la magnitud real dels costos d'R+D dels medicaments i l'acceptabilitat dels estudis citats. Sobre aquest tema es poden veure, entre d'altres, les crítiques de Light i Warburton (2011), així com la rèplica de DiMasi et al. (2016).

Per tant, hem d'"agafar amb pinces" aquestes estimacions dels costos mitjans per desenvolupar un producte nou. L'última calculada per DiMasi et al. (2016), amb dades secretes, es refereix al 2013 i assoleix els 1.476 milions de despesa monetària, i capitalitzaria els 2.706 milions de dòlars. Tanmateix, Prasad i Mailankody (2017), amb dades públiques i reproduïbles, tot i que limitades, de deu empreses i deu medicaments contra el càncer, autoritzats per la FDA entre 2006 i 2015, arriben a una mitjana per producte bastant inferior, de 793,6 milions de dòlars.

Amb totes aquestes inseguretats sobre els costos com a bagatge, podem preguntar-nos per la rendibilitat mitjana per producte reeixit que arriba a ser comercialitzat, per saber si el retorn de

Taula 1. Limitacions dels estudis de costos

Mostres petites

Falta de transparència de les dades

Escasses dades fases preclíniques

Depenen críticament de les hipòtesis sobre els paràmetres fonamentals:

- relació entre costos preclínics i totals
- taxa d'èxit
- lapse de temps entre la iniciació i l'autorització del medicament
- taxa de descompte

Taxa de descompte superior a projectes públics

Variabilitat mitjana de costos segons tipus de productes

Els càlculs són abans d'impostos

les inversions en R+D és més gran o menor que la taxa necessària per incentivar els inversors. Si persisteixen retorns més grans que la quantitat necessària per justificar els costos i el risc, seríem en presència d'un poder innecessari sobre els preus.

No són gaires les anàlisis que donen resposta a aquesta complexa pregunta. L'OTA, en el seu estudi del 1993, va concloure que la rendibilitat era positiva, ja que els rendiments després d'imposos obtinguts de cada producte representaven aproximadament un 4,3 % dels ingressos anuals de cada medicament en tot el seu cicle de vida. En sentit contrari, uns anys després DiMasi i Grabowski van concloure que la rendibilitat de la IF s'alinearia amb les d'altres indústries i només seria lleugerament superior als seus costos de capital. Per la seva part, Prasad i Mailankody (2017) en dedueixen una rendibilitat molt superior. Una comparació simple: els costos totals inclòs el capital van ser de 9,1 milers de milions (el 7 %), davant uns ingressos totals de 67 milers de milions en quatre anys, per als deu medicaments.

Totes aquestes estimacions es veuen afectades per les limitacions dels estudis sobre costos ja esmentades. Si la indústria facilités dades o les administracions recollissin estadístiques transparents i completes es podrien realitzar noves anàlisis i arribar a conclusions reproduïbles, més sòlides, vàlides i creïbles.

En tot cas queden tres qüestions pendents. La primera, en el camp de l'economia industrial, que assenyala Scherer (2010): com s'explica la combinació d'altres despeses de recerca sobre vendes, alts marges bruts i taxes de retorn de la inversió només lleugerament superiors a la mitjana de totes les indústries? Si els beneficis esperats són normals, per què s'ha d'invertir en projectes costosos i arriscats? La resposta seria un model de consecució de rendes (beneficis extraordinaris) que explicaria la dinàmica de les activitats d'R+D: davant de les oportunitats de benefici, les empreses competeixen incrementant les seves inversions en R+D, fins que el creixement dels costos dissipa la major part o tots els beneficis (Scherer 2010). En el procés, s'aconseguirien innovacions substancials.

La segona i la tercera qüestió són d'economia política. Si els costos de recerca són elevats i creixents, i les inversions han de ser remunerades compensant totalment el cost d'oportunitat del capital, els preus que hauran de pagar consumidors, empreses d'assegurances sanitàries o sistemes públics de salut han de ser suficients per cobrir-los. Però sempre caldrà garantir que, efectivament, tenen algun tipus de relació amb els costos esmentats,

en un sector en què patents i productes molt diferenciats donen àmplia discrecionalitat a les empreses per marcar preus (en condicions de mercat no regulat). Per evitar que es produeixin desviacions respecte de la mitjana i beneficis supranormals, tenen fonament, doncs, les intervencions públiques actualment tan esteses com les regulacions del finançament públic i preus, i l'avaluació de l'eficiència, que pretén garantir que els recursos públics gastats en medicaments estiguin justificats tant pels beneficis en salut que generen com pel seu cost.

La tercera qüestió és que, encara que els beneficis de la IF estiguessin justificats, en termes d'eficiència, persisteix el problema distributiu, d'equitat, en relació amb les persones o els països sense recursos. La discriminació de preus a escala internacional —segons nivells de renda— pot contribuir a repartir els costos de la recerca entre països. També és inevitable buscar solucions diferents del mercat no regulat —l'assegurança de salut pública universal (com a Europa) o subvencions específiques (com als EUA)— per facilitar l'accés als medicaments a tots els qui els necessitin.

5. Innovació i sostenibilitat: el cas d'Espanya

Durant la segona meitat del segle passat, la IF espanyola tenia una capacitat innovadora limitada. En aquestes condicions, era lògic prioritzar l'accés als medicaments amb preus baixos i una despesa també relativament baixa, davant la innovació i el desenvolupament industrial. Les polítiques de contenció de la despesa farmacèutica combinaven regulació de preus i patents de procés poc protectores. Així, les empreses espanyoles podien copiar els medicaments desenvolupats per la indústria estrangera investigadora, ja que desenvolupar un nou procés per fabricar una molècula coneguda és menys complex i costós que desenvolupar un nou medicament. Amb tot, la factura farmacèutica va arribar a suposar en algun moment la meitat de la despesa pública en sanitat. L'entrada a la UE i l'aprovació de l'ADPIC van modificar radicalment la situació, ja que van forçar un règim de patents de producte més estricte i favorable a les empreses investigadores, que va entrar en vigor el 1992.

La patent de producte va suposar una pressió a l'alça dels preus dels nous medicaments, que, unida a la progressiva universalització del SNS i al progrés de la innovació, van generar tensions que dificultaven el control de la despesa farmacèutica, que van esclatar quan la crisi econòmica del 2008 va afectar el sector. Els anys 2010-2012 es van imposar fortes retallades que no van

venir acompanyades, tanmateix, de les necessàries reformes estructurals. Des d'aleshores, és constant la preocupació per la sostenibilitat financera del SNS i per determinar el grau d'innovació dels medicaments, per poder marcar prioritats a l'hora de fixar els seus preus i admetre'ls en el finançament públic.

En qualsevol cas, la sostenibilitat financera del SNS —alguns prefereixen parlar de solvència— és un concepte difús i molt subjectiu, ja que depèn d'expectatives i d'opcions polítiques. Sense pretendre tancar el tema, en aquest article entendrem que la sostenibilitat està relacionada amb la capacitat del SNS per prestar els serveis a què té dret la població sense incórrer en un endeutament progressiu no desitjat, que pot posar-ne en risc la continuïtat.

En alguns casos una innovació terapèutica real pot reduir els costos del tractament que substitueix, però en general sol incrementar-los, especialment si el nou tractament és més eficaç i segur, o simplement més convenient d'administrar, ja que l'empresa titular té més probabilitats d'aconseguir preus més alts que els productes competidors.

Un instrument per controlar la sostenibilitat són els estudis d'impacte pressupostari dels nous medicaments d'alt cost. També s'han convingut diverses modalitats d'acords de risc compartit. Inicialment es limitaven a acords preu-volum, però en l'actualitat s'han pactat alguns contractes amb preus dependents dels resultats en salut obtinguts en la pràctica clínica real. Tanmateix, l'aplicació sistemàtica de l'avaluació de l'eficiència està lluny de ser una realitat.

A escala macroeconòmica, hi ha un acord entre el SNS i Farmaindústria per limitar l'increment de la despesa farmacèutica al creixement del PIB. Si bé aquest acord posa un límit a la despesa en medicaments i es pot veure com una garantia de sostenibilitat, alguns crítics argumenten que constitueix un privilegi per al sector, ja que “blinda”, de fet, el nivell actual d'aquesta despesa, que es reputaria excessiva.

6. Determinació del grau d'innovació d'un medicament a Espanya

Des del 1977, el Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics d'Espanya, en la seva publicació *Panorama Actual del Medicamento*, inclou avaluacions dels medicaments nous, encara que sense repercussions regulatòries sobre els preus o el finançament públic.

La legislació actual (text refós de la Llei de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris aprovat per Reial Decret Legislatiu 1/2015, de 24 de juliol) recull com a criteris per a la inclusió de medicaments en el Sistema Nacional de Salut el “valor terapèutic i social del medicament i el benefici clínic incremental del medicament tenint en compte la seva relació cost-efectivitat” i el “grau d'innovació del medicament” (article 92.1, c i f). També estableix que “la Comissió Interministerial de Preus dels Medicaments ha de tenir en consideració les anàlisis cost-efectivitat i d'impacte pressupostari”. És clar, doncs, que la valoració del grau d'innovació és exigida per la llei, directament i com a element implícit en les anàlisis de cost-efectivitat.

El principal desenvolupament en aquest sentit són els Informes de Posicionament Terapèutic (IPT), basats en un acord de la Comissió Permanent de Farmàcia del Consell Interterritorial del SNS i la Llei 10/2013 (disposició addicional tercera). El seu contingut bàsic és una avaluació farmacològica i clínica d'eficàcia comparativa del medicament, en relació amb les millors teràpies ja disponibles, i, per tant, del seu grau d'innovació o valor terapèutic afegit.

El sistema europeu d'avaluació farmacològica i clínica dels medicaments tradicionalment se centrava en el balanç risc-benefici, sense entrar en comparacions que determinessin el seu valor afegit. Així, l'autorització de comercialització no implica una recomanació d'ús clínic, ja que pot no aportar avantatges respecte als ja disponibles. Això està canviant i l'Agència Europea (EMA) i les autoritats nacionals estan fent passos cap a l'avaluació comparativa.

D'altra banda, les comunitats autònomes, responsables de la gestió, decideixen la incorporació efectiva dels medicaments en la pràctica assistencial, estableixen prioritats i formulen recomanacions d'ús, la qual cosa exigeix una valoració comparativa entre les opcions terapèutiques existents. Amb els IPT es pretén, precisament, valorar el benefici terapèutic incremental de manera homogènia i compartida per totes les administracions participants en el SNS.

Naturalment això té rellevància per a l'avaluació econòmica o de l'eficiència, perquè en la seva balança si un dels platerets són els costos l'altre és l'eficàcia o l'efectivitat, i també per a les decisions de finançament públic i de fixació de preus. Comptar amb una bona avaluació comparativa farmacològicoclínica permet avançar en les tres direccions i, si s'hi incorpora la conside-

ració dels costos, arribar a un “posicionament terapèutic” complet, orientador de finançament, preus, prescripció i utilització. Tanmateix, l'Administració de l'Estat encara té un llarg camí en la regulació i instauració de guies i procediments operatius, objectius, sistemàtics, rigorosos i transparents per a l'avaluació de l'eficiència i, per tant, perquè pugui parlar-se de posicionament terapèutic complet. Tot i que la relació entre IPT i avaluació econòmica encara apareix confusa en els textos i en la pràctica de l'Administració, sembla que s'està avançant en aquesta direcció.

Per la seva part, la Comissió Interministerial de Preus dels Medicaments (CIPM), en un context de regulació i transparència insuficients, sembla que classifica les sol·licituds de preu en tres nivells d'innovació, amb els diferencials de preu respecte al comparador que s'observen en la taula 2.

Els governs de Pedro Sánchez, des del juny del 2018, estan mostrant, de moment, una capacitat de gestió de la innovació farmacèutica i d'introduir criteris explícits i transparents d'avaluació, fixació de preu i finançament més gran. Dues de les mesures estrella han estat:

- La creació el 2019 —vuit anys després de ser previst per la Llei— del Comitè Assessor del Finançament de la Prestació Farmacèutica del SNS, que ja ha iniciat la seva tasca (Ministeri de Sanitat 2019a).
- El llançament de Valtermed, un sistema d'informació de microdades clíniques a escala de pacient per establir el valor terapèutic dels medicaments (Ministeri de Sanitat 2019b).

7. Principals conclusions i recomanacions

- El flux de medicaments nous que aporta la IF constitueix un important valor social, ja que tenen sens dubte un impacte positiu sobre la pràctica mèdica i la salut de la població.
- L'elevat cost dels nous medicaments preocupa per la sostenibilitat del SNS i pel seu cost d'oportunitat en termes de tractaments alternatius possiblement més eficients. Els medicaments orfes poden ser un exemple d'aquest conflicte.
- La tesi de la disminució de la productivitat de l'R+D farmacèutica, que va servir per reclamar més protecció i justificar alts preus, avui sembla refutada per una onada d'innovació.
- A Europa i als EUA preocupa la flexibilització de les autoritzacions de comercialització. Urgeix arribar a acords sobre la definició, la mesura i les prioritats de la innovació en medicaments.
- La superior rendibilitat de la IF al nivell de l'empresa s'ha volgut justificar per l'alt risc de l'R+D+I i amb quantificacions al nivell dels productes. Però aquestes són discutides per la manca de dades fidedignes sobre els costos d'R+D. Alguns estudis conclouen que s'alinearia amb la d'altres indústries i només seria lleugerament superior als seus costos de capital. Amb tot, altres estudis calculen una rendibilitat molt superior.
- L'alta rendibilitat, símptoma de poder sobre el mercat, i l'opacitat dels costos justifiquen, entre altres raons, la regulació estatal de finançament públic, preus i avaluació de l'eficiència.

Taula 2. Criteris d'innovació utilitzats per la CIPM en la determinació del preu dels nous medicaments

Classificació del grau d'innovació terapèutica	Descripció d'aportació terapèutica	Millores estimades	Barem de fixació del preu respecte al comparador
Novetats d'interès terapèutic rellevant	Nous principis actius que milloren l'esmentada relació benefici/risc, i incrementen l'arsenal terapèutic	Millores demostrables en l'eficàcia del fàrmac	0-15 %
Medicaments qualificats com a novetats amb peculiaritats	Aquells que es comercialitzen per primera vegada. No sempre es corresponen amb noves entitats moleculars, encara que moltes d'elles són catalogades com a tals	Millores en la seguretat o en el maneig d'alguns efectes adversos	0-10 %
Medicaments d'interès terapèutic rellevant	Aquells amb principis actius que permeten millorar la relació benefici/risc en termes relatius respecte a les alternatives ja existents	Millores en el compliment, en la diana de pacients a tractar o en la forma d'administració del fàrmac	0-5 %
Medicaments de similar utilitat terapèutica	Novetats sense interès rellevant. En general es financen perquè contribueixen a la sostenibilitat del SNS	-	-

- Els medicaments nous de preus elevats plantegen problemes d'equitat. La cobertura sanitària universal és la manera d'encarregar-los en cada país. Els països amb menys recursos s'haurien de beneficiar de preus més baixos.
- Per garantir la sostenibilitat financera dels sistemes públics de salut, els governs haurien de liderar la definició, quantificació i previsió de la innovació, així com la revisió del sistema actual d'incentius a l'R+D+I, excessivament centrat avui en el reforç de les patents. En aquesta línia s'haurien d'explorar formes alternatives no monopolistes de promoure la innovació biomèdica.
- A Espanya s'intenta compatibilitzar l'accés als medicaments d'alt cost amb la sostenibilitat mitjançant la intervenció de preus, estudis d'impacte pressupostari i diverses modalitats de contractes de risc compartit. Un acord entre el SNS i Farmaindústria limita l'increment de la despesa farmacèutica al creixement del PIB.
- Amb els Informes de Posicionament Terapèutic (IPT) i la nova eina Valtermid s'està progressant en l'avaluació comparativa que tendeix a prioritzar els medicaments que afegeixen benefici terapèutic.
- En temps d'onada innovadora i de noves oportunitats, com les que ofereix el tractament massiu de dades, l'Estat ha de liderar la definició i quantificació de necessitats i objectius del SNS, així com orientar i fomentar la inversió pública i privada en R+D+I.
- Preveure l'aparició d'innovacions i el seu cost mitjançant enfocaments com l'*horizon scanning* (aguaitar l'horitzó tecnològic), que a Espanya ja s'ha començat a desenvolupar.
- L'Administració de l'Estat encara té un llarg camí per recórrer en la regulació i instauració de guies i procediments operatius, objectius, sistemàtics, rigorosos i transparents per a la intervenció de preus i l'avaluació de l'eficiència. ■

Referències

- Deaton, A.** (2015). *El gran escape. Salud, riqueza y los orígenes de la desigualdad*. Fondo de Cultura Económica. Mexico. [V. española de la inglesa de 2013]. Princeton University Press.
- DiMasi, J.A.; Grabowski, H.G.; Hansen, R.W.** (2016). "Innovation in the pharmaceutical industry: New estimates of R&D costs". *Journal of Health Economics*. 47:20–33. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629616000291>.
- Hall, B.; Rosenberg, N. (ed.)** (2010). *Handbook of the Economics of innovation*. North Holland. Amsterdam.
- Kinch, M.S.; Haynesworth, A.; Kinch, S.L.; Hoyer, D.** (2014). "An overview of FDA-approved new molecular entities: 1827–2013". *Drug Discovery Today*, vol. 19, núm. 8. Agost. https://ac.els-cdn.com/S1359644614001032/1-s2.0-S1359644614001032-main.pdf?_tid=e53dd9be-26e1-44d7-8416-892084ad8149&acdnat=1547149511_cf1ded9ba9ed072f6a0f83341283842e.
- Lakdawalla, D.N.** (2018). "Economics of the pharmaceutical industry". *Journal of Economic Literature*. 56(2). 397–449. <https://doi.org/10.1257/jel.20161327>
- LaMattina, J.** (2019). "Can the record breaking number of FDA new drug approvals continue?" *Forbes*. 9 de gener. <https://www.forbes.com/sites/johnlamattina/2019/01/09/can-the-record-breaking-number-of-fda-new-drug-approvals-continue/#3bb0fad4aa83>
- Light, D.; Warburton, R.** (2011). "Demythologizing the high costs of pharmaceutical research". *BioSocieties* 6, 34–50. doi:10.1057/bio-soc.2010.40.
- Lobo, F.** (2019a). "La industria farmacéutica en la actualidad: un vistazo a sus características". *Papeles de Economía Española*. Juny.
- Lobo, F.** (2019b). "La Economía de la I+D en la industria farmacéutica. Un resumen". *Papeles de Economía Española*. Juny.
- Mestre-Ferrándiz, J.; Sussex, J.; Towse, A.** (2012). *The R&D cost of a new medicine*. Office of Health Economics. Desembre.
- Ministeri de Sanitat.** (2019a). *Comité asesor prestación farmacéutica del SNS* https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/Comite_Aesor_PFSNS.htm.
- Ministeri de Sanitat.** (2019b). *Sistema de información para determinar el valor terapéutico en la práctica clínica real de los medicamentos de alto impacto sanitario y económico en el SNS (VALTERMED)*. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/valtermid/home.ht>.
- Mullard, A.** (2019). "FDA drug approvals 2018". *Nature Reviews Drug Discovery* 18, 85–89. doi: 10.1038/d41573-019-00014-x.
- Office of Technology Assessment (OTA). United States Congress.** (1993). *Pharmaceutical R&D: costs, risks, and rewards*. OTA-H-522. USGPO. Febrer. Washington D.C.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).** (2017). *Health at a glance*. París. https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD).** (2018). *Pharmaceutical innovation and access to medicines*, OECD Health Policy Studies. OECD Publishing, París. <https://doi.org/10.1787/9789264307391-en>.
- Prasad, V. i S. Mailankody.** (2017). "Research and development spending to a single cancer drug to market and revenues after approval". *JAMA Internal Medicine*. Nov 1;177(11):1569-1575. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2653012>
- Rovira-Forns, J; Gómez Pajuelo P i J. Del Llano Señarís.** (2012). "La regulación del precio de los medicamentos en base al valor". Fundación Gaspar Casal. Madrid. http://www.fgcasal.org/publicaciones/Regulacion_del_precio_medicamentos.pdf
- Scherer, F. M.** (2010). "Pharmaceutical innovation". A Hall, B. i N. Rosenberg (eds.) (2010). Vol. 1. Cap. 12.
- Wieseler, B. McGauran, N. i T. Kaiser.** (2019). "New drugs: where did we go wrong and what can we do better?" *British Medical Journal*. 2019. Juliol.

LA REGULACIÓ DE L'ASSEGURANÇA VOLUNTÀRIA DE SALUT

Pere Ibern

Centre de Recerca en Economia i Salut,
Universitat Pompeu Fabra

Més enllà de l'assegurança de salut obligatòria finançada públicament, el paper de l'assegurança voluntària ha crescut en nombre d'usuaris. Els motius que cal cercar darrere d'aquesta cobertura duplicada són diversos, però en el fons mostren la incapacitat de l'assegurança obligatòria de satisfer les preferències i necessitats d'una quarta part de la població catalana. Ens trobem, per tant, davant d'una qüestió en què l'oferta de serveis públics no satisfà les demandes de part de la població, i el mercat privat, alhora, mira de resoldre-ho, però manté ineficiències. Aquest article mostra l'estat de situació i proposa algunes mesures regulatòries fonamentals i necessàries per millorar l'eficiència del mercat.

El context del mercat d'assegurances

L'any 2016 a Catalunya hi havia 2.057.393 ciutadans que disposaven d'assegurança de salut privada. Això representa un 27,4 % de la població catalana. I si tenim en compte els funcionaris adscrits a mutualitats de l'Estat i que escullen assegurança privada (151.076), aleshores l'assegurança voluntària representa el 25,3 % de la població (taula 1). L'Enquesta de Salut ofereix una dada lleugerament superior, del 26,6 % per al 2016 i del 28,0 % el 2018¹. I si ens referim al Baròmetre

Sanitari de 2017², trobem que la proporció és del 33,0 %. Cal tenir en compte que la proporció de població assegurada és molt més elevada en les zones urbanes. Per al cas de Barcelona, el 35,9 % de la població disposa d'assegurança voluntària segons l'enquesta de salut de 2016, el 83,8 % mitjançant contracte individual i el 16,2 % a través de l'empresa³.

El conjunt d'aquestes dades ens mostra que ens trobem davant d'una prestació rellevant per a una part de la població que està disposada a pagar, directament o a través de l'empresa, de manera duplicada en la mesura que hi ha obligatorietat d'assegurança pública. L'OCDE (Colombo, 2004) distingeix entre quatre tipus d'assegurança privada de salut: accés principal a l'assegurança, cobertura duplicada (quan l'assegurança privada ofereix cobertura per a serveis ja inclosos sota la protecció pública), complementària i suplementària. El tipus d'assegurança voluntària a Catalunya fonamentalment és la duplicada, la que davant les prestacions ja cobertes busca cobertura addicional per a les mateixes prestacions i que facilita l'accés davant de llistes d'espera excessives en el sector públic o aspectes diferencials en termes de qualitat i confort. Ara bé, cal tenir en compte que el comportament dels assegurats és divers respecte a la utilització de servei públic o privat. Malgrat estar assegurats voluntàriament, la utilització és tant pública com privada. Una enquesta recent mostra que els assegurats amb cobertura duplicada utilitzen en un 76 %

1 http://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2018-resultats/resum-executiu-esca-2018.pdf.

2 https://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/ciutadania/serveis_atencio_salut/valoracio_serveis_atencio_salut/barometre_sanitari/barometre_sanitari_catalunya_2a_onada_novembre_2017.pdf.

3 <https://www.aspb.cat/documents/resultats-de-lenquesta-de-salut-2016-17-resultats-detallats-taules/>.

Taula 1. Assegurança amb doble cobertura a Catalunya

	2012	2013	2014	2015	2016
Persones amb doble cobertura	1.842.121	1.821.179	1.872.096	1.918.787	1.906.317
Població amb doble cobertura %	24,3	24,1	24,9	25,6	25,3
Preu pòlissa assistència sanitària €	708	721	734	743	710
Preu pòlissa rescabament €	968	1052	1048	1094	1081

Font: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya 2016.

tant l'assistència pública com la privada, en un 9 % només la privada i en un 12 %, la pública, el 3 % restant no la utilitzen (IDIS, 2018). I, per exemple, quan al Baròmetre Sanitari a Catalunya els pregunta on anirien en cas de malaltia greu, un 46,2 % de les persones enquestades que disposa d'una assegurança mèdica privada declara que aniria a un centre públic, mentre que un 29,6 % optaria per un de privat.

Dins les assegurances voluntàries n'hi ha de tres tipus: les pòlisses d'assistència sanitària, les pòlisses de rescabament i les pòlisses mixtes o combinades. Les d'assistència sanitària són aquelles en què existeix una relació contractual entre asseguradora i metge/hospital, i en la qual l'assegurat disposa d'atenció sanitària, mitjançant un quadre mèdic, on apareixen inscrits tots els professionals i serveis mèdics als quals es pot accedir. Les de rescabament són aquelles en què el client no té cap restricció per escollir professionals o serveis mèdics, ja que és ell qui n'assumeix el cost, i l'asseguradora s'ocupa de reemborsar-l'hi totalment o parcial. Les mixtes són aquelles que tenen un quadre mèdic recomanat i també l'opció de la lliure elecció de professionals. El cost de la cobertura anual és força diferent; mentre que les de rescabament es troben, de mitjana, a l'entorn dels 1.081 €, les d'assistència sanitària se situaven en els 710 € el 2016, un preu similar al de 2012 (708 €). La pòlissa d'assistència sanitària resulta ser la més habitual (93,3 % dels assegurats). Les primes de l'assegurança sanitària voluntària es veuen afectades per la regulació fiscal favorable en la contractació col·lectiva, fet que no succeeix en la contractació individual. El límit de desgravació fiscal marca el llindar de referència en la rivalitat en preu entre companyies. Aquest fet, alhora, trasllada pressió cap als proveïdors, que es veuen afectats pel poder de negociació de les asseguradores. I, com a resposta, els proveïdors tendeixen a concentrar-se per fer front a aquesta dinàmica. Aquest és un dels factors que defineixen la competència actual.

Ens trobem en un mercat regulat on hi ha unes 46 empreses que ofereixen serveis a Catalunya. Es tracta d'un mercat amb un nivell de concentració elevat, on les tres primeres companyies acumulen el 54,3 % del mercat o les cinc primeres companyies, el 70,6 %. La tendència a la concentració ha seguit creixent els darrers anys, si bé amb menys intensitat. Hi ha dos tipus d'entitats, les mercantils i les mútues de previsió social. Actualment, l'afiliació a les mútues de previsió social és del 3,3 % del total d'assegurats, mentre que les entitats predominants són les mercantils, amb un 96,7 %. Per operar requereixen de la llicència corresponent, i les entitats mercantils es troben sota la supervisió de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions estatal. La Generalitat té competència exclusiva sobre les mútues (Llei 10/2003, de 13 de juny, sobre mutualitats de previsió social). Les dues regulacions clau són la relativa al contracte d'assegurança (Llei 50/1980, de 8 d'octubre, de contracte d'assegurança) i la de supervisió (Llei 20/2015, de 14 de juliol, d'ordenació, supervisió i solvència de les entitats asseguradores i reasseguradores).

La decisió de cobertura asseguradora

L'assegurança protegeix els consumidors del risc financer i serveix com a intermediari clau per a l'accés dels consumidors als proveïdors de serveis. Els consumidors disposen d'un ventall d'opcions d'assegurança per triar i així satisfer les seves expectatives. Si els consumidors estan ben informats, tenir un nombre ampli d'opcions facilita l'ajust entre oferta i demanda, genera una major competència amb preus més baixos i obliga les companyies a millorar aspectes dels seus productes, com ara xarxes de proveïdors.

Ara bé, acostuma a ser difícil per als consumidors avaluar moltes característiques de les pòlisses d'assegurança, i alhora agregar-les per fer-ne una comparació (Kunreuther, 2013). Hi ha moltes evidències empíriques que mostren que els consumidors

tenen dificultats per prendre decisions en els mercats d'assegurances, tant en la decisió de què escollir com en la continuïtat de la pòlissa, on la inèrcia té un paper clau i els consumidors se situen en una opció predeterminada si no reben cap novetat. En determinats casos, acaben escollint opcions que des d'un punt de vista racional els representen una pèrdua de diners.

En general, les implicacions d'aquests problemes són de dos tipus: els consumidors estan pitjor a causa de pòlisses desajustades a la seva necessitat, i els preus i els productes de l'assegurança no milloren en la mesura que ho farien en mercats competitius amb consumidors sense fricció i sense prejudicis.

Les dificultats d'elecció condueixen a errors quan són fruit de la inèrcia, i poden explicar-se pels següents factors (Chandra, 2019):

1. **Costos de canviar:** per als consumidors esdevé costós canviar d'asseguradora. Més enllà de l'accés a prestacions equivalents, necessiten garantir que el quadre mèdic nou els dona accés a aquells proveïdors en què confien. Si no és així, hauran d'assumir-ne el cost de canviar.
2. **Costos de buscar:** per als consumidors esdevé costós buscar la informació de l'oferta disponible d'assegurances, representa temps i esforç.
3. **Desatenció:** els consumidors poden ser descuidats. Poden decidir racionalment no participar en el procés de cerca perquè aquesta és massa costosa respecte als beneficis previstos. O poden menystenir racionalment els beneficis potencials de les pòlisses.
4. **Biaix de l'opció actual:** els consumidors poden pensar que buscaran noves opcions i escolliran abans del termini de finalització de la pòlissa, però després, quan arriba el moment, no estan disposats o no inverteixen el temps i l'esforç a fer-ho.

Més enllà de la inèrcia, que acaba resultant en errors de decisió per al consumidor, el mercat d'assegurances de salut es caracteritza per la presència de selecció adversa, el consumidor té més informació prèvia sobre la seva salut que l'asseguradora i pot utilitzar-la a favor seu. La combinació de la inèrcia en les decisions i la selecció adversa representa un repte per al regulador per tal de garantir la competència en aquest mercat i, alhora, l'accés i el benestar dels consumidors.

Els elements clau per a una regulació específica

El motiu fonamental per regular l'assegurança voluntària de salut es troba en l'objectiu de garantir la competència en el mercat i afavorir la creació de valor (millor salut de les persones). En concret hi ha dues qüestions que cal tenir en compte: la **solvència financera**, pròpia de les companyies asseguradores, i alhora la **protecció del consumidor i, per tant, de la qualitat de servei**, on hi ha qüestions específiques per les quals s'ha de vetllar en l'àmbit de la salut (Brunner, 2012).

Pel que fa a la **solvència financera**, l'Estat ha d'establir marcs que facilitin que les decisions de les companyies asseguradores no posin en risc la capacitat de fer front a la sinistralitat. Aquesta és una qüestió elemental de gestió del risc. Amb aquesta finalitat, la majoria de països prenen mesures que inclouen requeriments mínims de capital, llicències, supervisió i control de solvència, etc. A fi de minimitzar aquests riscos, es compta amb la regulació prudencial. Aquesta no serà objectiu d'aquest article, ja que es correspon amb la regulació general d'assegurances i hi ha un marc europeu que ho regula (Solvència II) (Fuenzalida-Puelma, 2013).

Pel que fa a la **protecció del consumidor** hi ha tres elements fonamentals que s'han de tenir en compte. En primer lloc, els problemes d'informació. Aquests són de dos tipus: abans i després del contracte. Abans del contracte, l'usuari coneix millor les seves condicions de salut que l'asseguradora i pot utilitzar aquesta informació a favor seu (selecció adversa). Aquest fet pot motivar estratègies de selecció de risc per part de l'asseguradora per tal de contrarestar l'impacte. Ara bé, tot depèn de si es tracta de contractació individual o col·lectiva a través d'empresa, i de si ens trobem en un context on hi ha assegurança obligatòria o no. En la contractació individual es concreta amb l'examen de salut i la determinació de preexistències, mentre que en la contractació col·lectiva no acostuma a haver-n'hi. Per altra banda, en un context d'assegurança voluntària duplicada, la selecció adversa està atenuada. A més a més, convé tenir en compte els canvis que s'estan produint sobre l'accés a informació genètica i com això té impacte en el risc que es cobreix. Des de la vessant de protecció del consumidor caldrà vetllar per evitar discriminació i alhora comportament oportunista.

Després del contracte, l'usuari pot tenir dificultats per conèixer i comprendre les condicions del contracte. Hi pot haver incertesa sobre si un servei està o no cobert i amb quines

“La regulació hauria d’evitar que la relació entre un lloc de treball i el contracte d’assegurança de salut representés una limitació addicional a la flexibilitat en el mercat de treball”

condicions, perquè només quan apareix determinada malaltia hom s’adona de les prestacions necessàries.

En la mesura que el contracte d’assegurança esdevé un servei de subscripció i, per tant, un contracte a llarg termini, cal tutelar els problemes d’accés fruit de determinades decisions ocasionals de les asseguradores (augment de preus i canvis de cobertures). Cal trobar mecanismes que protegeixin el consumidor en el temps.

Un altre element que s’ha tenir en compte per protegir el consumidor és que cal maximitzar la proporció de la prima dedicada a despeses assistencials i a una assistència sanitària de qualitat. Els costos comercials i administratius no haurien de ser una part excessiva en el cost de les primes. Actualment, el conjunt del sector es troba en un 80 % de sinistralitat, 12 % de despeses i 8 % de resultat tècnic⁴. En el cas nord-americà, la llei *Affordable Care Act* assenyala precisament que la ràtio de despeses en prestacions assistencials acceptable és del 80 %.

Els **preus** per a la contractació col·lectiva i per a la contractació individual acostumen a ser força diferents en l’actualitat. El diferencial pot ser notable a favor de la contractació col·lectiva. La contractació individual pot arribar a un preu un 40 % superior. L’argument que justifica la diferència es troba en els menors costos comercials de la contractació col·lectiva, ja que cal tenir present que la sinistralitat és sempre individual i, per tant, serà equivalent i independent de la contractació. La regulació de preus esdevé una qüestió controvertida i, d’aquesta manera, requeriria una anàlisi detallada. En qualsevol cas, si el diferencial entre contractació individual i col·lectiva és tan gran, cal pensar que hi ha subsidiació creuada i

el regulador hauria de valorar si cal protegir el consumidor individual. Per exemple, hi ha altres entorns on això s’ha fet efectiu. En el cas dels plans de jubilació s’ha establert una limitació de preus per llei, on les comissions no poden superar per exemple l’1,5 % en el cas màxim (fons de renda variable).

La regulació hauria d’evitar que la relació entre un lloc de treball i el contracte d’assegurança de salut representés una limitació addicional a la flexibilitat en el mercat de treball (qüestió que es coneix com *job-lock*). La resposta a aquesta qüestió en alguns països passa per la portabilitat del contracte.

Per tal de consultar la informació de preus, els consumidors en el moment de l’elecció utilitzen, cada vegada més, **comparadors a través d’internet**. En la mesura que convé mostrar informació equivalent, cal establir un marc on la informació no estigui esbiaixada i on els incentius siguin transparents.

L’exercici de la capacitat d’elecció requereix l’accés a informació comparable. Més enllà del desenvolupament genèric de productes per part de les asseguradores, l’existència d’un conjunt certificat de prestacions per part de l’autoritat reguladora en facilitaria la comparació.

La **renovació garantida del contracte** anual d’assegurança, juntament amb unes certes condicions restrictives sobre l’actualització de les primes, podria contribuir a reduir els problemes de selecció de riscos. Els guanys assolits amb el criteri de renovació garantida poden quedar minvats en el cas que certes persones puguin experimentar un elevat increment de la seva prima en funció del seu risc (Patel, 2003). Per tant, la renovació garantida ha d’acompanyar-se amb un increment màxim de la prima corresponent al risc de tota la població assegurada.

El producte certificat d’assegurança voluntària

En un mercat on hi ha dificultats d’informació notables i alhora s’afegeixen biaixos en la decisió que han estat prou contrastats per l’economia del comportament, la posició del regulador ha de ser proactiva. Ha d’esforçar-se a dissenyar un mercat on es minimitzin les pèrdues per als consumidors que comporten tot el conjunt de desajustos esmentats.

En un context de lliure mercat convé assenyalar que oferta i demanda sorgeixen de decisions autònomes de consumidors i empreses. Actualment, les decisions de contractació col·lectiva s’afavoreixen fiscalment, mentre que les individu-

4 https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1099983.

als, no, i, per tant, la fiscalitat distorsiona aquestes decisions autònomes alhora que discrimina entre consumidors. En lloc d'eliminar aquesta discriminació i promoure un tractament equivalent, el que caldria seria una reflexió en profunditat sobre la regulació d'aquest mercat tenint en compte el que s'ha fet en d'altres, com ara els plans de pensions.

Barr i Diamond (2010), per exemple, consideren, per als plans de pensions, que cal mantenir les opcions d'elecció senzilles (donar només opcions limitades és una característica de disseny fonamentada i beneficiosa), i que cal assolir costos administratius baixos desvinculant les funcions d'administració (per exemple, la gestió de les inscripcions, que hauria de ser centralitzada) de la gestió. Consideren que cal simplificar l'elecció i promoure una opció per defecte.

És precisament aquesta opció per defecte o pòlissa d'assegurança voluntària certificada la que permetria impulsar una competència més satisfactòria. Per assolir-ho caldria considerar les prestacions i la cobertura, els preus, l'accés a la informació i el context de desgravació fiscal.

Convé assenyalar que, més enllà del mercat relatiu al producte certificat que donaria lloc a desgravació fiscal, poden haver-hi altres productes asseguradors no certificats que no disposarien d'aquest tractament fiscal favorable.

En relació amb les prestacions del producte certificat, hi hauria un llistat de prestacions essencials homogeni a totes les pòlisses, així com de períodes de carència equivalents. Una de les fórmules utilitzades amb més freqüència en la selecció de risc és l'establiment d'un període de carència i d'exclusions relacionades amb condicions preexistents. Els criteris de període de carència i exclusions haurien de ser els mateixos per a totes les asseguradores en el cas del producte certificat.

El producte certificat seria d'accés mitjançant quadre mèdic i, per tant, no es produiria pagament directe als proveïdors per part dels pacients; hi hauria contracte entre asseguradora i proveïdor. Caldria una estratègia compartida per a l'establiment de sistemes de pagament homogenis entre les asseguradores i els proveïdors que reduiria els costos administratius i promouria els incentius a la coordinació assistencial.

El preu de la pòlissa es configura a partir de dues parts: la despesa sanitària i la d'administració. La despesa sanitària s'hauria

de situar, per exemple, en el 80 % de la prima anual. En la mesura que una companyia vulgui continuar oferint el producte certificat, cal que satisfaci aquesta ràtio, altrament i en una revisió al cap de tres anys, per exemple, pot ser exclosa de la certificació. En la mesura que la despesa sanitària és individual i que cal evitar subsidiació creuada entre consumidors, les ofertes sobre el preu del producte certificat no serien possibles.

La decisió sobre elecció del producte certificat es produiria en el marc d'una plataforma d'informació comparable, on hi hauria preus, prestacions, quadre mèdic i condicions de les diverses opcions. Per tal de poder fer l'acurada supervisió del producte bàsic, la plataforma seria supervisada per l'autoritat reguladora.

La informació sanitària generada seria objecte d'especial atenció en aquest producte i seria propietat del pacient. La integració de dades en la carpeta individual del pacient hauria de fer possible agregar informació provinent de la cobertura pública i de la privada (per exemple, en l'app La Meva Salut). I, alhora, d'aquesta manera s'optimitzaria un accés eficient a la informació per part dels decisors clínics.

Per tal d'incrementar els incentius de les asseguradores a oferir aquest producte certificat i als consumidors a adquirir-lo, s'establiria **desgravació fiscal**, que sempre s'atorgaria amb caràcter individual amb un percentatge i un topall màxim en valor absolut, operant de manera individual sempre a través de l'IRPF.

En termes regulatoris, caldria obrir una nova sub branca asseguradora dins les assegurances de salut que permetés fer un seguiment específic i diferenciat de l'assistència sanitària i el rescabament de despeses. Sols així seria possible contrastar algun dels elements clau esbossats anteriorment.

Comentaris finals

La regulació de les assegurances de salut s'ha d'integrar en un context específic de la regulació de les assegurances en termes generals. Les singularitats d'aquest mercat obliguen a considerar diversos aspectes concrets relatius a la protecció dels consumidors, més enllà de la regulació prudencial i financera convencional. **L'autoritat reguladora és la responsable de dur a terme efectivament l'activitat de supervisió, inspecció i sanció** a fi que es garanteixi la competència en el mercat, la protecció dels consumidors i de la qualitat de servei. Les **entitats** que presten serveis d'assegurança de salut han

de **disposar de llicència** per operar d'acord amb els criteris establerts per la regulació financera convencional.

La singularitat de les decisions d'elecció d'assegurança de salut requereix atendre detalls específics. Per això, la creació d'un **producte** certificat amb prestacions homogènies esdevé clau. Aquest seria un producte certificat per l'autoritat reguladora i es comercialitzaria a través d'una plataforma que en facilités la comparació. En aquest context el contracte d'assegurança ha de ser de **base individual** i donaria l'opció a desgravació fiscal en l'IRPF.

L'assoliment d'un mercat més eficient en les assegurances voluntàries de salut obliga també a tenir en compte el mercat de la provisió de serveis. La capacitat d'elecció de proveïdor disminueix per al consumidor final quan hi ha una concentració excessiva. En aquest sentit, la concentració recent al mercat ha estat objecte d'anàlisi en relació amb el seu impacte en els preus per part de l'Autoritat catalana de la competència⁵. Malgrat els informes, la concentració ja s'ha produït i és especialment rellevant a la ciutat de Barcelona.

L'assegurança voluntària a Catalunya cobreix un volum de població notable, possiblement és l'assegurança duplicada amb més implantació a Europa (Sagan i Thomson, 2016). Atesa la seva importància, el regulador té l'opció de considerar el conjunt de desajustos del mercat mostrats en aquest article i actuar, o, per altra banda, deixar-ho de banda i que el seu impacte augmenti en el temps. Per ara, sabem que ha optat per la segona opció. Essent un bé tan valorat individualment com la salut, convindria poder donar una resposta satisfactòria a la ciutadania. ■

Referències

- Barr, N.; Diamond, P.; Engel, E.** (2010). "Reforming Pensions: Lessons from Economic Theory and Some Policy Directions [with Comment]". *Economia*, 11(1), 1-23.
- Brunner, G.; Gottret, P.; Hansl, B.; Kalavakonda, V.; Nagpal, S.; Tapay, N.** (2012). *Private voluntary health insurance: Consumer protection and prudential regulation*. The World Bank.
- Colombo, F.; N. Tapay.** (2004). *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems*. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Health Working Paper No. 15. Paris: OECD.
- Chandra, A.; Handel, B.; Schwartzstein, J.** (2019). "Behavioral economics and health-care Markets". A: Bernheim, B. D., DellaVigna, S. i Laibson, D. *Handbook of Behavioral Economics-Foundations and Applications 2*. Elsevier.
- Fuenzalida-Puelma, H.; Gottret, P.; Nagpal, E.; Tapay, N.** (2013), "Regulatory and supervisory challenges", capítol dins *Scaling up affordable health Insurance*, A.S. Preker, M.E. Lindner, D. Chernichovsky i O.P. Schellekens (ed.); World Bank, 2013.
- IDIS (2018)**. *Barómetro de la sanidad privada 2017*. Madrid.
- Kunreuther, H.C.; Pauly, M.V.; McMorro, S.** (2013). *Insurance and behavioral economics: Improving decisions in the most misunderstood industry*. Cambridge University Press.
- Patel, V.; Pauly, M.V.** (2002). "Guaranteed Renewability And The Problem Of Risk Variation In Individual Health Insurance Markets". *Health Affairs*, 21(Suppl1), W280-W289.
- Sagan, A.; Thomson, S.** (2016). *Voluntary Health Insurance in Europe: Role and Regulation: Health Policy Series* (No. 43). World Health Organization.

5 http://acco.gencat.cat/ca/detall/noticia/20190520_estudi_hospitals_2.

AVALUACIÓ DE LES INTERVENCIIONS SANTÀRIES

José A. Sacristán

Departament Mèdic, Lilly España
Departament d'Epidemiologia i Salut Pública, Universidad Autónoma de Madrid

Juan Oliva

Departament d'Anàlisi Econòmica i Seminari de
Recerca en Economia i Salut, Universidad de Castilla-La
Mancha

Les creixents expectatives de la societat sobre els serveis sanitaris, les ampliacions de la cobertura —poblacional i de cartera de serveis— i el desenvolupament continu de noves tecnologies han anat incrementant progressivament la pressió sobre els recursos disponibles en matèria sanitària. Això ha contribuït al fet que l'avaluació d'intervencions sanitàries hagi esdevingut un dels camps més pròspers de l'economia de la salut.

Tot i que sembla lògic que abans de ser incorporats a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut (SNS), i de ser utilitzats de manera habitual per part dels professionals sanitaris en la seva pràctica, s'avaluïn els resultats i els costos de totes les intervencions, programes i fins i tot polítiques sanitàries, el cert és que són pocs els components en què hi ha un procés sistemàtic i consistent d'avaluació. Els medicaments i algunes tecnologies sanitàries no farmacològiques són les excepcions a la norma. Cada nou fàrmac se sotmet a un procés de revisió regulatòria basat en l'avaluació contínua de la seva relació risc-benefici, en què els assajos clínics aleatoritzats constitueixen la pedra angular d'aquest procés. Les agències regulatòries com la Food and Drugs Administration (FDA) dels

Estats Units o l'Agència Europea del Medicament (EMA) estableixen els requisits per desenvolupar els medicaments i autoritzen la comercialització dels fàrmacs que han demostrat uns adequats nivells d'eficàcia, seguretat i qualitat.

Malauradament, no hi ha un procés similar per a la majoria dels programes i intervencions sanitàries que s'incorporen cada dia als sistemes de salut (Venkataramani et al., 2019). Per això, en aquest article utilitzarem el cas dels medicaments com a paradigma d'intervenció sanitària sobre la qual es duu a terme una major activitat avaluadora i en què s'estan incorporant noves propostes d'avaluació que van més enllà de la clàssica avaluació risc-benefici. El procés d'avaluació de medicaments pot ser un bon model per aplicar a la resta d'intervencions i programes sanitaris.

De manera molt esquemàtica, en el cas dels medicaments es produeix una doble avaluació. D'una banda, l'avaluació regulatòria, ja esmentada, basada en l'eficàcia, la seguretat i la qualitat, serveix de base per aprovar-ne la comercialització. D'altra banda, després d'aquesta aprovació, cal una avaluació encaminada a determinar l'impacte econòmic i el possible lloc que el nou fàrmac tindrà en la terapèutica. En la major part dels països, aquesta avaluació, que serveix de base per a les decisions de preu, finançament públic i inclusió en els formularis dels medicaments, l'acostumen a dur a terme agències d'avaluació de tecnologies sanitàries (AETS) (Zozaya et al., 2018). Tot i que els seus objectius són diferents, en els últims anys s'està produint un creixent diàleg entre agències regulatòries i AETS (Eichler et al., 2010). La confluència és lògica. Els resultats dels assajos clínics que serveixen de base per a l'aprovació regulatòria no sempre són estudis comparatius

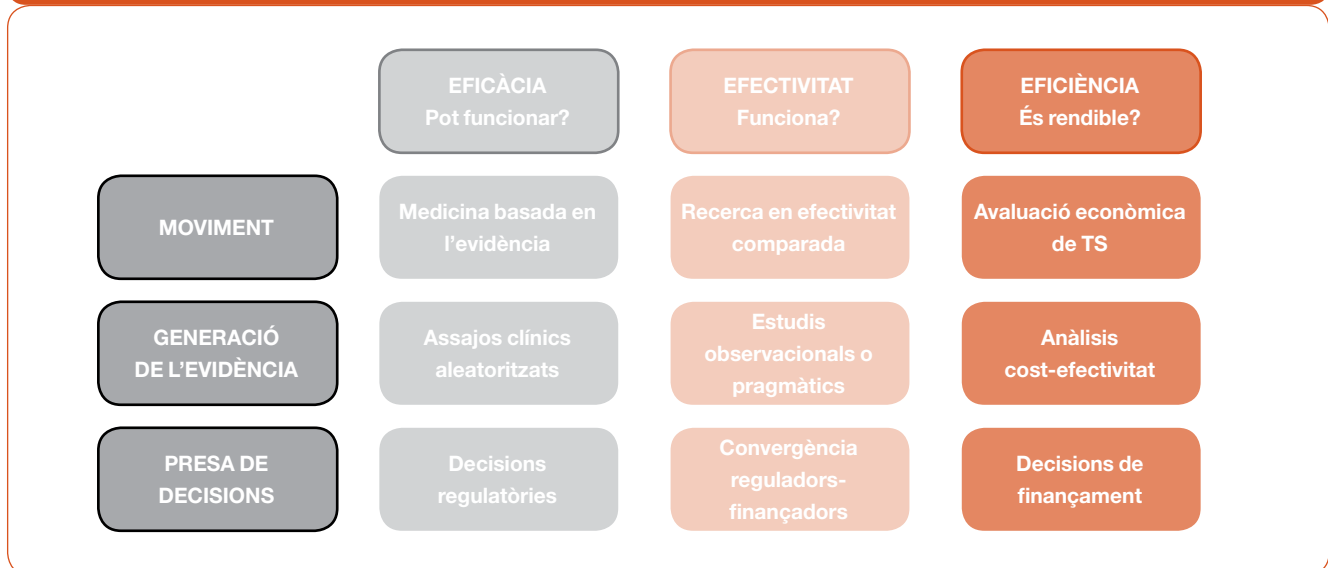
respecte als fàrmacs de referència, duts a terme en les condicions de la pràctica clínica. Per això, en un intent de generar resultats més rellevants, les agències reguladores estan fomentant l'avaluació de l'efectivitat comparada (*comparative effectiveness research*), en què es promou l'ús de comparacions respecte dels fàrmacs actius i l'avaluació d'efectes a llarg termini en poblacions heterogènies de pacients. Amb aquest mateix objectiu, les agències reguladores comencen a debatre la possibilitat d'utilitzar dades procedents de comparacions indirectes de medicaments, cosa que hauria estat impensable fa pocs anys (Eichler et al., 2019).

Una altra mesura regulatòria per basar les decisions en dades procedents de la vida real és fomentar l'ús d'autoritzacions condicionades, en què es duu a terme una aprovació inicial basada en la informació essencial sobre l'eficàcia i la seguretat del nou medicament. Amb tot, aquesta aprovació està supeditada a la posterior demostració de l'efectivitat i/o la seguretat en les condicions de la pràctica clínica (Eichler et al., 2012). Aquesta estratègia està donant lloc al desenvolupament de més estudis "pragmàtics", basats en històries clíniques i registres de pacients, l'objectiu dels quals és generar dades de la vida real (*real world data*) que confirmen o no els resultats dels assajos clínics "explicatius" (Sacristán, 2013). Finalment, des de fa pocs anys, tant l'FDA com l'EMA estan fomentant la incorporació de variables comunicades pels pa-

cients (*patient reported outcomes o PRO* per les sigles en anglès) (Basch, 2017) que recullin aquells símptomes que tenen un impacte més gran en la qualitat de vida i que poden repercutir més directament en la funcionalitat i en les relacions socials, laborals o familiars dels pacients.

Però, si des del punt de vista regulatori, som davant de modificacions de gran calat, els canvis que s'estan donant en les avaluacions encaminades al finançament i l'ús de les intervencions sanitàries són encara més rellevants. Ens trobem davant d'una nova època de grans troballes científiques en el camp biomèdic que estan donant lloc a avenços terapèutics sense precedents. Els nous fàrmacs per al tractament de l'hepatitis C, les teràpies dirigides per a molts tipus de tumors, com les teràpies de cèl·lules T (Car-T), o els fàrmacs biològics per a les malalties autoimmunes en són tan sols alguns exemples. Amb tot, l'arribada d'aquests nous fàrmacs, sovint amb preus molt elevats, suposa un repte per a la sostenibilitat del sistema sanitari, a causa de l'enorme impacte pressupostari que, a curt termini, representa el seu finançament (Simoens et al., 2017). Per això, l'avaluació econòmica d'intervencions sanitàries (AEIS) ha esdevingut una eina de gran utilitat per a la presa de decisions sobre la incorporació d'innovacions sanitàries i sobre el bon ús dels recursos. Si l'assaig clínic aleatoritzat és el paradigma de l'avaluació de l'eficàcia, els estudis de cost-efectivitat ho són de l'avaluació de l'eficiència.

Figura 1. De l'eficàcia a l'eficiència



Font: elaboració pròpia

Revisant l'entorn

Si bé l'existència d'agències d'avaluació de tecnologies ja ve de temps enrere, va ser a començaments de la dècada dels 90 del segle passat que els primers països (Austràlia, l'any 1993; la província canadenca d'Ontario, el 1994) van començar a aplicar els criteris d'eficiència en el procés de reemborsament públic de medicaments. Des d'aleshores, molts altres països s'hi han afegit, especialment europeus: Bèlgica, Dinamarca, Irlanda, Portugal, Holanda, Suècia, Finlàndia, França o el Regne Unit són els més destacats. El cas d'Espanya mereix menció a part i l'analzarem més endavant. És important assenyalar que cada país ha desenvolupat les seves pròpies agències i fórmules per integrar la informació que aporta l'AEIS en els seus processos de presa de decisions a una triple dimensió: inclusió de la tecnologia en la cartera de prestacions reemborsades públicament, negociació del preu d'aquesta tecnologia i ús racional en la pràctica clínica habitual (Zozaya et al., 2018).

L'AEIS és una eina proposada fa més de quatre dècades. El concepte de *cost d'oportunitat*, i la seva optimització, constitueix l'essència d'aquesta metodologia. Això s'operativitza a través de la consideració del cost i l'efectivitat comparades entre dues o més intervencions (anàlisi cost-efectivitat incremental —*incremental cost-effectiveness ratio* o ICER en anglès—), una variant de l'anàlisi cost-benefici que s'empra en altres camps econòmics, que permet determinar el cost addicional d'una intervenció respecte d'una altra per cada unitat de salut guanyada (Weinstein i Zeckhauser, 1973; Weinstein i Stason, 1977), en què l'any de vida ajustat per qualitat (AVAQ o QALY, les sigles en anglès de

quality-adjusted life years), la mesura sintètica que combina esperança i qualitat de vida, és la seva mesura de resultat estrella.

En aquest sentit convé assenyalar que si bé l'AEIS ha estat l'eina clàssicament emprada per mesurar l'eficiència de les intervencions sanitàries, en els últims anys, el renovat interès pel concepte de "valor" ha estimulat el desenvolupament de nous instruments d'avaluació, l'objectiu fonamental del qual ha estat recollir tot l'espectre d'efectes d'una intervenció sobre la salut (més enllà de la supervivència i la qualitat de vida recollides pels AVAC), reflectint també la perspectiva dels pacients (Lakdawalla et al., 2018). Totes aquestes propostes poden agrupar-se en dos tipus d'eines: a) les escales de valoració (*value frameworks*), desenvolupades sobretot en l'àrea de l'oncologia, que incorporen en una sola mesura els resultats de la intervenció sobre l'eficàcia, la seguretat, la qualitat de vida o els costos (Chandra et al., 2016), i b) l'anàlisi de decisió multicriteri (*multiple criteria decision analysis* o MCDA, la seva sigla en anglès), que prova de generar un valor que reculli i ponderi les diverses variables que determinen el valor de les intervencions (Thokala et al., 2016). Amb l'excepció de l'ICER, que compara la relació cost-efectivitat de les intervencions, la resta de les eines presenten importants limitacions a l'hora de revelar el cost d'oportunitat de les nostres decisions (Neumann i Cohen, 2017; Dubois i Westrich, 2019; Sculpher et al., 2017; Baltussen et al., 2019).

Si s'accepta la idea que el finançament de les innovacions terapèutiques ha d'estar lligat al valor que aquestes aporten als pacients i a la societat, definint *valor* com "la millora dels resul-

Taula 1. Llindars d'eficiència en una selecció de països

País	Llindar inicial	Any	Noves propostes	Any
Regne Unit	20.000-30.000 lliures/AVAQ	2005	20.000-30.000 lliures/AVAQ (referència general)	2009
			50.000 lliures/AVAQ (final de la vida)	2017
			<10.000 lliures/AVAQ (avaluació ràpida)	2017
			100.000-300.000 lliures/AVAQ (malalties molt rares)	
Estats Units	50.000 dòlars/AVAQ	1982	50.000-175.000 dòlars/AVAQ	2017
Austràlia	42.000-76.000 dòlars australians/AVAQ	1998		
Canadà	20.000-100.000 dòlars canadencs/AVAQ	1992		
Holanda	20.000 euros/AVAQ	1999	20.000-80.000 euros/AVAQ	2015
Suècia	500.000 SEK/AVAQ	2001		
Espanya	30.000 euros/AVAQ	2019	25.000-60.000 euros/AVAQ	2020

Font: adaptat i ampliat de Sacristán et al. (2019)

tats sanitaris per als pacients per cada dòlar gastat" (Porter, 2010), sembla lògic que l'AEIS, basada en el concepte d'eficiència, i no els mètodes descrits anteriorment, continui sent l'eina de referència per analitzar el valor d'una intervenció sanitària (Sacristán i Dilla, 2019; Tsevat i Moriates, 2018; Campillo-Artero et al., 2018; Sacristán, 2018; Neumann, 2018). Per això, en els apartats següents, s'analitzarà la situació de l'AEIS en dos països com el Regne Unit i Suècia, amb models ben diferenciats, per acabar amb l'anàlisi de la situació espanyola.

Avaluació econòmica aplicada a la presa de decisions: els casos del Regne Unit i Suècia

Potser el cas més paradigmàtic, però també atípic en relació amb l'AEIS, sigui el del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), agència independent, tot i que adscrita al National Health Service (NHS), l'àrea d'influència directa de la qual és Anglaterra i Gal·les. El NICE neix l'any 1999 a fi d'orientar i ajudar a promoure la millora de la salut mitjançant la prevenció i el tractament de les malalties (Rawlins, 1999). Per assolir aquesta finalitat, el NICE té el deure de dotar els professionals sanitaris d'eines per aconseguir una atenció de qualitat per als seus pacients, utilitzant els recursos de manera eficient (considerant la relació cost-efectivitat de les alternatives). Això implica l'elaboració d'informes sobre aquesta relació, així com el desenvolupament de protocols i guies clíniques.

Un element diferencial del NICE respecte d'altres agències és el moment en què ha d'actuar. Quan el NICE avalua una tecnologia, aquesta ja és present en el NHS i, si és un medicament, amb un preu ja determinat. Per tant, la tasca inicial del NICE és posicionar la tecnologia amb vista al seu ús adequat per part dels professionals, generant informació i recomanacions a diferents nivells: utilització de la tecnologia sense cap restricció dins el NHS per a les indicacions apropiades, ús restringit dins el NHS per a categories específiques de pacients, ús restringit en assajos clínics i avaluacions del producte, o no utilització dins el NHS de la tecnologia avaluada. Entre els factors que el NICE declara considerar per adoptar aquestes recomanacions es troben la relació (incremental) entre el cost i l'efectivitat, el grau de prioritat clínica per al NHS, el grau de necessitat clínica dels pacients que afecta la consideració de la tecnologia, l'ús efectiu dels recursos disponibles, l'estímul a la innovació i qüestions que es refereixen a l'equitat.

És important assenyalar que el NICE va auditar l'impacte de les seves recomanacions en els seus primers anys d'existèn-

cia. Els estudis realitzats indicaven una elevada variabilitat i van servir, a més, per identificar trets dels professionals i de l'organització i gestió dels centres que feien més o menys probable l'adhesió a les recomanacions del NICE (Sheldon et al., 2004). Així mateix, una de les conseqüències d'aquests treballs va ser l'increment gradual del compromís del NHS de vincular el finançament dels centres sanitaris al seguiment de les recomanacions del NICE. Per tant, de facto, el NICE ha esdevingut una peça indispensable en els processos de finançament públic sanitari en el seu àmbit de competència.

A més de per tot el que s'ha indicat, el NICE és atípic per altres motius. Entre els seus trets distintius hi ha una forta independència en el seu funcionament i decisions; una àmplia participació en el procés d'avaluació (experts, clínics, proveïdors, pacients...); un elevat grau de transparència en les seves decisions (tot el que concerneix al procés avaluatiu és públic, des del mateix informe d'avaluació fins a les actes de les reunions dels actors que hi participen); un gran rigor metodològic i un fort suport polític. Per això, la seva cultura avaluativa ha transcendit el seu àmbit i es transmet a altres àmbits del NHS i a altres països.

Precisament, fruit dels seus mecanismes de transparència, el llinard que utilitzava el NICE per considerar si una intervenció era o no eficient (bona relació cost-efectivitat), va ser revelat, a partir de l'anàlisi dels seus informes i les recomanacions publicades (Devlin i Parkin, 2004). Això va obligar el NICE a incorporar als seus documents metodològics posteriors i de manera expressa els valors revisats d'aquests llinars (entre 20.000 i 30.000 lliures per AVAQ). Si bé posteriorment han estat revisats i adequats a diverses situacions especials (tractaments al final de la vida i per a malalties de molt baixa prevalença) (NICE, 2017), i tot i que hi ha constància que aquests llinars s'utilitzen de manera flexible (Dakin et al., 2015), això ha fet que el NICE sigui la primera, i fins al moment, l'única agència d'avaluació que ha explicitat aquests valors de referència.

La segona fórmula, per la qual han optat la majoria de països, ha estat la de desenvolupar una agència en el si dels serveis centrals del Ministeri de Sanitat, per tal de realitzar anàlisis tècniques sobre l'eficiència de les tecnologies avaluades, generalment medicaments. Tot i que hi ha diverses experiències d'indubtable interès, com l'Haute Autorité de Santé francesa (HAS), a més dels mateixos exemples del Canadà i Austràlia, el cas de Suècia és especialment rellevant.

L'octubre de 2002 es crea l'Institut Läkemedelsförmånsnämnden (LFN o Comitè de Beneficis Farmacèutics). Segons els seus estatuts, els principis rectors pels quals es regeix aquesta agència són els de dignitat humana, necessitat i solidaritat, eficiència i benefici marginal. Amb el temps, aquesta agència va incloure també la responsabilitat de les anàlisis sobre serveis bucodentals i va canviar el seu nom a l'actual TLV- Tandvårds och läkemedelsförmånsverket (World Health Organization, 2017). L'Agència sueca ha estat molt activa en el seu paper de suport a la presa de decisions. Les anàlisis cost-efectivitat són proporcionades per les empreses que desitgen comercialitzar els nous medicaments, juntament amb altres elements que formen part del dossier general presentat al Ministeri de Salut suec, i els tècnics de la TLV avaluen la informació proporcionada. En aquest cas, no hi ha un llindar cost-efectivitat declarat, encara que hi ha constància que hi ha una consideració especial en cas de malalties de baixa prevalença.

Així mateix, altres diferències rellevants són que la perspectiva sol·licitada per la TLV és la social (en el cas del NICE, la perspectiva de les anàlisis és la del finançador sanitari), la qual cosa comporta la consideració de costos no sanitaris com les pèrdues laborals o les cures de llarga durada (professionals i familiars); l'ús des de fases primerenques d'esquemes de risc compartit entre autoritat pública i empresa comercialitzadora, que dona lloc a un procés de revisió estricta de postcomercialització en aquells productes finançats sota aquesta fórmula, i, més recentment, la utilització d'eines de decisió multicriteri. Un altre element important que cal destacar és que el procés de finançament públic del medicament a Suècia s'alineja amb la directiva de la Unió Europea sobre transparència. És a dir, s'han de dictar resolucions en un termini de 180 dies, la qual cosa agilita molt més els processos. En el cas del NICE, els seus primers processos avaluatius podien allargar-se durant dos o tres anys abans d'arribar a una resolució, si bé en els últims anys aquests processos s'han escurçat notablement, fins i tot hi ha una possibilitat *fast-track*, sotmesa a certes condicions.

Un últim detall per considerar és que la tasca de la TLV és una part de la cadena de presa de decisions, que no s'aturen en l'àmbit ministerial. Posteriorment a la decisió central sobre la idoneïtat o no d'incloure el medicament en el reemborsament públic, es duu a terme un control en un segon nivell per part de comitès regionals i locals, que poden arribar a ser força més restrictius que l'agència nacional. Per tant, sembla que

les consideracions sobre eficiència recauen sobre l'agència central mentre que les d'impacte pressupostari es traslladen a l'àmbit regional, i fins i tot local. Aquest repartiment competencial, propi de la descentralització de l'organització del sistema sanitari a Suècia, i el seu model de Servei Nacional de Salut, similar al nostre, la converteix en un país atractiu per establir comparacions i aprofitar l'experiència dels seus encerts i errades per aprendre'n la lliçó.

L'avaluació econòmica d'intervencions sanitàries a Espanya

Tot i que en el canvi de segle partíem d'una posició molt sòlida per incloure el criteri d'eficiència en la presa de decisions sobre l'entrada de noves tecnologies en el sistema sanitari (documents metodològics en la línia dels internacionals, experts reconeguts en el camp avaluatiu, agències d'avaluació de tecnologies ja creades, marc legal que propiciava la incorporació de l'AEIS...), el cert és que el pas no s'ha arribat a fer satisfactòriament. Si bé la narrativa política ha apel·lat contínuament a l'ús eficient dels recursos, el cas és que mai no s'ha propiciat el salt del discurs a la pràctica. Nombroses institucions científiques de caràcter professional han apel·lat les autoritats públiques a utilitzar de manera reglada i transparent la consideració de l'anàlisi del cost-efectivitat en els processos de finançament i establiment del preu de les noves tecnologies (Oliva, 2019; AES, 2008; SESPAS, 2017; OMC, 2014), element aquest que és present explícitament en les lleis espanyoles des de l'any 2012 (BOE, 2012). La recent creació del Comitè Assessor per al Finançament de la Prestació Farmacèutica del Sistema Nacional de Salut i la publicació de les actes de la Comissió Interministerial de Preus de Medicaments i productes sanitaris en què es motiven les seves decisions partint de criteris de cost-efectivitat poden ser un senyal que la voluntat política en aquesta matèria està canviant. Tanmateix, en el moment d'escriure aquestes línies encara és d'hora per saber si tindrà continuïtat en el temps. Hi ha revisions recents que detallen les peculiaritats de l'AEIS a Espanya (Oliva-Moreno et al., 2019; Epstein i Espín, 2019).

En el cas de les tecnologies no farmacològiques, l'any 2012 es va crear la Xarxa Espanyola d'Agències d'Avaluació de Tecnologies Sanitàries i Prestacions del Sistema Nacional de Salut (RedETS), amb l'objectiu de "generar, difondre i facilitar la implementació d'informació destinada a fonamentar la presa de decisions en el Sistema Nacional de Salut, contribuint a l'increment de la qualitat, equitat, eficiència i cohesió d'aquest"

(www.redets.mscbs.gob.es). Tot i que la RedETS ha elaborat un bon nombre d'informes d'avaluació de tecnologies sanitàries, guies de pràctica clínica i documents de suport metodològic, l'ús de l'AEIS no farmacològiques continua sent limitat (Giménez et al., 2019).

En l'àrea dels medicaments, l'any 2013 es va iniciar l'elaboració en xarxa (coordinada per l'Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris, la Direcció General de la Cartera Bàsica de Servei Nacional de Salut i Farmàcia i de les comunitats autònomes) dels Informes de Posicionament Terapèutic (IPT) (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2013). Aquests informes, basats en l'evidència científica disponible, havien de contribuir a evitar les redundàncies i ineficiències derivades de les múltiples avaluacions que tenien lloc en els diversos nivells de decisió del SNS. L'objectiu era, per tant, que els IPTS ajudessin a augmentar la coherència, eficiència, integració i continuïtat de les diferents avaluacions d'un mateix medicament, garantint la independència i contribuint a l'ús racional dels medicaments i a l'equitat en l'accés dels pacients. L'informe inicial havia d'incloure una avaluació de l'efectivitat i seguretat comparada, els criteris d'ús i seguiment i, opcionalment, una avaluació econòmica, a fi que la informació es pogués fer servir per a la decisió de preu i finançament dels nous fàrmacs. Tot i que els IPT han contribuït a millorar la consistència de les avaluacions realitzades en el SNS, els informes no incorporen informació explícita sobre l'eficiència dels medicaments avaluats, la qual cosa en limita la utilitat en matèria de decisions sobre preu, finançament i utilització dels nous fàrmacs.

Conclusions

L'AEIS és una eina ben coneguda i assentada en els processos de presa de decisions sanitàries als països del nostre entorn. Aporta elements tècnics per informar sobre decisions que busquen incorporar la dimensió de l'eficiència al procés, que serà afegida a altres dimensions rellevants que han estat considerades prèviament, i sense perdre'n de vista d'altres que requereixen plantejar judicis de caràcter normatiu.

En els últims temps, més enllà dels habituals discursos buits, sembla que hi ha senyals que apunten a un renovat interès per part dels polítics i gestors sanitaris per incorporar el criteri d'eficiència en les seves decisions. Com a aspectes positius que cal considerar, hi ha una activitat continuada en matèria d'AEIS a Espanya, es disposa d'una xarxa d'ETS amb àmplia experiència en l'AEIS (Epstein i Espín, 2019; Oliva, 2019), hi

ha propostes recents sobre el que podria considerar-se una intervenció eficient en Espanya (Sacristán et al., 2019), s'ha donat el pas de crear l'esmentat Comitè Assessor per al Finançament de la Prestació Farmacèutica del Sistema Nacional de Salut i hi ha indicis que l'avaluació econòmica podria formar part dels futurs IPT. Ahora, coneixem les barres i els reptes que cal superar, ja que ja han estat identificats i superats en països amb sistemes de salut similars a l'espanyol (Zozaya et al., 2018; Epstein i Espín, 2019).

D'altra banda, el camp dels medicaments i altres tecnologies no medicamentoses haurien de ser els nostres punts de referència inicials (així ho són en altres països), ja que, d'entrada, comptem amb informació sobre eficàcia i seguretat. La posada en marxa de processos avaluatius que consideressin la dimensió de l'eficiència en aquestes tecnologies hauria d'obrir camí i interpretar-se com a senyal favorable per abordar un altre tipus d'avaluacions més complexes en el nostre medi (organitzatives, models de gestió, polítiques de salut...) i igualment necessàries.

En resum, tenim els ingredients precisos per fer el pas, però falta per saber si els decisors de més nivell que governen el nostre SNS voldran apostar definitivament per un model de finançament basat en el valor, que contribueixi a millorar la previsibletat, la consistència i la transparència del procés, deixant enrere un passat en el qual l'absència d'aquests elements ha estat un dels nostres senyals negatius d'identitat. ■

Referències

- AES (Asociación de Economía de la Salud)** (2008). Posición de la Asociación de Economía de la Salud con relación a la necesidad de un mayor uso de la evaluación económica en las decisiones que afectan a la financiación pública de las prestaciones y tecnologías en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en <http://www.aes.es/Publicaciones/AESE2.pdf>.
- Baltussen, R.; Marsh, K.; Thokala, P.; et al.** (2019). "Multicriteria decision analysis to support health technology assessment agencies: benefits, limitations, and the way forward". *Value Health*; 22: 1283-1288.
- Basch, E.** (2017). "Patient-reported outcomes. Harnessing patients' voice to improve clinical care". *N Engl J Med*; 105-108.
- Boletín Oficial del Estado.** (2012) *Real Decreto 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y la seguridad de las prestaciones.*
- Campillo-Artero, C.; Puig-Junoy, J.; Culyer, A.J.** (2018). "Does MCDA trump CEA?" *Appl Health Econ Health Policy*; 16:147-151.
- Chandra, A.; Shafarin, J.; Dhawan, R.** (2016). "Utility of cancer value frameworks for patients, payers, and physicians". *JAMA*; 315:2069-2070.
- Dakin, H.; Devlin, N.; Feng, Y.; Rice, N.; O'Neill, P.; Parkin, D.** (2015). "The Influence of Cost-Effectiveness and Other Factors on Nice Decisions". *Health Econ*; 24: 1256-1271.

- Devlin, N.; Parkin, D.** (2004). "Does NICE have a cost-effectiveness threshold and what other factors influence its decisions?" A binary choice analysis. *Health Economics*; 13:437-452.
- Dubois, R.W.; Westrich, K.** (2019). "As value assessment frameworks evolve, are the finally ready for prime time?" *Value Health*; 22: 977-980.
- Eichler, H.G.; Bloechi-Daum, B.; Abadie, E., et al.** (2010). "Relative efficacy of drugs: an emerging issue between regulatory agencies and third-party payers". *Nat Rev Drug Discov*; 9: 277-291.
- Eichler, H.G.; Enzmann, H.; Rasi, G.** (2019). "Added therapeutic benefit and drug licensing". *Nat Rev Drug Discov*; 18: 651-652.
- Eichler, H.G.; Oye, K.; Baird, L.G.; et al.** (2012). "Adaptive licensing: talking the next step in the evolution of drug approval". *Clin Pharmacol Ther*; 91: 426-437.
- Epstein, D.; Espín, J.** (2019). "Evaluation of new medicines in Spain and comparison with other European countries". *Gac Sanit*; doi: 10.1016/j.gaceta.2019.02.009.
- Giménez, E.; García-Pérez, L.; Márquez, S.; et al.** (2019). "Once años de evaluaciones económicas de productos sanitarios en la Red de Agencias de Evaluación. Calidad metodológica e impacto del coste-utilidad". *Gaceta Sanitaria* (en prensa).
- Lakdawalla, D.N.; Doshi, J.A.; Garrison, L.P.; et al.** (2018). "Defining elements of value in health care. A health economics approach: an ISPOR special task force report". *Value Health*; 21:131-139.
- Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat** (2013). *Propuesta de colaboración para la elaboración de los informes de posicionamiento terapéutico de los medicamentos*. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Madrid.
- Neumann, P.J.; Cohen, J.T.** (2017). "ICER's revised value assessment framework for 2017-2019: a critique". *Pharmacoeconomics*; 35:977-980.
- Neumann, P.J.** (2018). "QALYs in 2018. Advantages and concerns". *JAMA*. 319: 2473-2474.
- NICE (National Institute for Clinical Excellence).** (2017). *Consultation on changes to technology appraisals and highly specialised technologies*. Accessible a: <https://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-technology-appraisal-guidance/consultation-on-changes-to-technology-appraisals-and-highly-specialised-technologies>.
- Oliva, J.** (2019). "La evaluación de la eficiencia de intervenciones sanitarias en España. Evolución y situación actual". *Papeles de economía española*; 160: 177-184.
- Oliva-Moreno, J.; Puig-Junoy, J.; Trapero-Beltrán, M.; et al.** (2019). "Economic evaluation for pricing and reimbursement of new drugs in Spain: fable or desideratum?". *Value in Health*; doi: 10.1016/j.jval.2019.06.012.
- Organización Médica Colegial.** (2014) *Informe sobre el Sector Farmacéutico (OMC)*. OMC. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/informe_omc_sector_farmacaceutico_oct_2014.pdf.
- Porter, M.E.** (2010). "What is value in health care?" *N Engl J Med*; 363: 2477-2481.
- Rawlins, M.** (1999). "In pursuit of quality: the National Institute for Clinical Excellence". *Lancet*; 353:1079-1082.
- Sacristán, J.A.** (2013). "Patient-centered medicine and patient-oriented research: improving health outcomes for individual patients". *BMC Med Inform Decis Making*; 13:6.
- Sacristán, J.A.** (2018). "Improving health care value by considering cost-effectiveness". *JAMA*; 320:1287.
- Sacristán, J.A.; Dilla, T.** (2019). "El valor de las innovaciones médicas". *Papeles de Economía Española*; 160: 16576.
- Sacristán, J.A.; Oliva, J.; Campillo-Artero, C.; et al.** (2019). "¿Qué es una tecnología sanitaria eficiente en España en 2020?". *Gaceta Sanitaria*; doi: 10.1016/j.gaceta.2019.06.007).
- Sculpher, M.; Claxton, K.; Pearson, S.D.** (2017). "Developing a value framework: the need to reflect the opportunity cost of funding decisions". *Value Health*; 20:234-239.
- Societat Espanyola de Salut Pública i Administració Sanitària (SESPAS).** (2017). *Posicionamiento SESPAS sobre Inclusión de medicamentos en la financiación pública del Sistema Nacional de Salud y fijación de precios*. Disponible a: <http://sespas.es/2017/02/23/posicionamiento-sespas-sobre-inclusion-de-medicamentos-en-la-financiacion-publica-del-sistema-nacional-de-salud-y-fijacion-de-precios/>.
- Sheldon, T.A.; Cullum, N.; Dawson, D.; Lankshear, A.; Lowson, K.; Watt, I.; et al.** (2004). "What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews". *BMJ*; 329:999.
- Simoens, S.; van Harten, W.; Lopes, G.; et al.** (2017). "What happens when the cost of cancer care becomes unsustainable?". *Eur Oncol Hematol* ; 13: 108-113.
- Thokala, P.; Devlin, N.; Marsh, K.; Baltussen, R.; Boysen, M.; Kalo, Z.; et al.** (2016). "Multiple Criteria Decision Analysis for health care decision making. An introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA emerging good practices task force". *Value Health*; 19: 1-13.
- Tsevat, J.; Moriates, C.** (2018). "Value-based health care meets cost-effectiveness analysis". *Ann Intern Med*; 169:329-332.
- Venkataramani, A.S.; Underhill, K.; Volpp, K.G.; et al.** (2019). "Moving toward evidence-based policy. The value of randomization for program and policy implementation". *JAMA*: doi:10.1001/jama.2019.18061.
- Weinstein, M.C.; Zeckhauser, R.** (1973). "Critical ratios and efficient allocation". *J Public Econ*; 2:147-157.
- Weinstein, M.C.; Stason, W.B.** (1977). "Foundations of cost-effectiveness analysis for health and medical practices". *N Engl J Med*; 296:716-721.
- World Health Organization.** (2017). *Collaborating Centre for Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies*. PPRI Pharma Profile. Reference number: 960 / 2017. Sweden. Disponible en: https://www.tv.se/download/18.10ff552016050837da9af129/1513765178678/PPRI_Pharma_Profile_Sweden_2017.pdf.
- Zozaya, N.; Martínez, L.; Alcalá, B.; Hidalgo, A.** (2018). *Evaluación, financiación y regulación de los medicamentos innovadores en los países desarrollados*. Fundación Weber.

MEDICINA

DE PRECISIÓ: POLÍTIQUES, PROMESSES I PREUS¹

Salvador Peiró

Fundació per al Foment de la Investigació Sanitària i Biomèdica de la Comunitat Valenciana (FISABIO), València

Centre de Recerca en Economia i Salut, Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF), Barcelona

La medicina personalitzada i de precisió s'ha fet molt popular en la darrera dècada. En la seua cara més amable, els mitjans de comunicació ens mostren, dia sí i un altre també, primícies farmacològiques que aconseguirien incrementar la supervivència en algun càncer fins ara poc abordable o la qualitat de vida en alguna malaltia minoritària fins ara òrfena de tractament. La cara ingrata ve de les dificultats d'accés a aquestes teràpies innovadores a causa dels seus extraordinàriament elevats preus, que posen en risc la sostenibilitat dels sistemes sanitaris públics i, probablement, de l'assegurança privada.

En aquest article s'explora tant la cara grata com la ingrata de la medicina de precisió, tant el seu valor (moltes vegades incert) com el preu (sempre precís i sovint abusiu), tant les seves promeses com les evidències que haurien de recolzar-les. Tot això per concloure sobre la conveniència de no oblidar les actuals prioritats de política i gestió sanitària ni embrancar-se en la tasca, tan quimèrica com errada, d'abordar individualment els problemes col·lectius, i la necessitat de governar el

frenesí tecnològic per compatibilitzar la innovació amb la sostenibilitat dels sistemes sanitaris.

Des de la talla única fins al sastre, passant pel prêt-à-porter

La medicina personalitzada i de precisió (MPP) es presenta com una medicina "individualitzada" per contraposició a una medicina "convencional" que, suposadament, utilitzaria una aproximació de talla única (*one-size-fits-all*), comuna per a tots els pacients. Pel contrari, la MPP utilitzaria aproximacions diferents per als diversos subgrups de malalts que comparteixen algun biomarcador molecular (medicina estratificada) o, fins i tot, aproximacions individualitzades per a pacients específics, bé perquè el tractament es basa en un conjunt de característiques genòmiques i fenotípiques particulars de cada malalt, bé perquè la teràpia es desenvolupa utilitzant cèl·lules del mateix pacient que rebrà el tractament.

Aquesta confrontació es visualitza usualment mitjançant la comparació entre la quimioteràpia citotòxica clàssica (que es presumeix uniforme, exclusivament basada en la localització del càncer primari, poc selectiva i amb importants efectes adversos), i l'abordatge amb teràpies "innovadores", "dirigides" per les alteracions moleculars del tumor identificades mitjançant la seua caracterització genòmica, que es presenta com a garantia d'eficàcia assumint que la selectivitat implica sempre millors resultats i menor toxicitat.

En la pràctica diària, però, ambdues aproximacions conviuen amb una gran naturalitat. La quimioteràpia citotòxica ha experimentat notables millores en els darrers anys, la seua base no és tant la localització del tumor com una forta evidència empí-

¹ Aquest text es basa àmpliament en treballs previs de l'autor (Peiró, 2019; Peiró i del Llano, 2019).

rica sustentada —tumor a tumor, citostàtic a citostàtic— per milers d'assajos clínics aleatoritzats, molts dels actuals règims mantenen un perfil d'efectes adversos manejable amb bons resultats i, sols, en combinació (entre ells, amb radioteràpia o amb cirurgia) o en combinacions amb les mateixes teràpies dirigides, suposen encara la major part del nostre arsenal efectiu davant el càncer, sobretot en tumors sòlids (Peiró i del Llano, 2019). De la mateixa manera, i encara que els casos d'èxit siguin molt estimables, no sempre els fàrmacs dirigits són més eficaços que els convencionals, ni estan exempts d'efectes adversos rellevants.

L'absurda contraposició entre medicina de precisió i convencional oblidada que, tant per a l'una com per a l'altra, **el “valor” d'un tractament no rau en una “teoria” general sobre la seua eficàcia o seguretat en funció de la “selectivitat”, la “individualització” o la plausibilitat biològica dels seus mecanismes d'acció a escala molecular, sinó en la demostració empírica (grup a grup de malalts, tractament a tractament) de la seua eficàcia en assajos clínics controlats i ben realitzats que demostrin beneficis en resultats clínics rellevants per als pacients, com la supervivència, la millora en la qualitat de vida o la reducció d'esdeveniments adversos.**

Tanmateix, i encara que el concepte d'abordatge individual dels pacients (que sempre són diferents) no sigui una novetat en medicina, **les reduccions en cost i temps de seqüenciació per les metodologies de seqüenciació d'última generació (*next-generation sequencing*) i els desenvolupaments bioinformàtics acompanyants han permès entendre millor l'heterogeneïtat biològica interindividual i incrementar enormement les possibilitats de desenvolupar noves teràpies dirigides a grups de malalts que comparteixen un biomarcador comú:** la medicina de precisió no és innovadora per ser “individualitzada” o “estratificada”, sinó per basar la individualització en les òmiques, disciplines que han sortit dels laboratoris universitaris per establir-se en la pràctica diària dels centres assistencials.

Cal assenyalar que **la frontera entre medicina de precisió i convencional no és rígida.** Un mateix medicament pot tenir indicacions no dirigides i altres guiades per un biomarcador; un medicament desenvolupat en i per a poblacions no seleccionades pot matisar la seua utilització amb biomarcadors desenvolupats a partir de l'observació de la resposta en subgrups específics de malalts o pot rebre una restricció postcomercialització

de la població elegible. Fins i tot medicaments tradicionals d'ampli ús, com els anticoagulants orals, poden veure orientada la seva dosificació en funció de la presència de variants genètiques que controlen el seu metabolisme.

Valor incert a preu precís

La MPP no és “excitant” només per la seua potencial efectivitat. També per l'exorbitant preu de la quasi totalitat dels nous medicaments de precisió, i per la perspectiva (no gaire llunyana) que aquest fenomen s'agreuja fins a extrems que podrien col·lapsar la capacitat de les societats per finançar els sistemes sanitaris: més de 1.000 nous antineoplàstics estan en desenvolupament, la majoria associats a biomarcadors. I no venen sols. també hi ha importants desenvolupaments en malalties minoritàries, autoimmunes i d'altres. Comercialitzats a preus obscurs, que en alguns casos poden superar el mig milió o el milió d'euros per tractament (o per any de tractament en malalties cròniques), per poc que el volum de candidats continui incrementant el multiplicador, l'impacte pressupostari de les noves teràpies serà demolidor per als sistemes sanitaris.

Però, a més a més del preu i el nombre de candidats per al tractament, hi ha una **enorme preocupació per l'efectivitat (el valor) i el cost-efectivitat (el valor social) d'aquests nous fàrmacs en moltes de les indicacions aprovades** per l'European Medicines Agency (EMA), la Food and Drug Administration (FDA) i altres agències reguladores de l'autorització per a la comercialització de medicaments. **Les teràpies de precisió busquen un nou balanç entre la incertesa sobre la relació benefici-risc tolerable per al regulador (la informació aportada pels assajos clínics), l'accés immediat a teràpies prometedores, la factibilitat de la recerca clínica en subpoblacions de volum reduït i la reducció dels costos de la recerca clínica.** En aquest balanç pesen, i molt, les estratègies de millora de la competitivitat de la Unió Europea que, en el cas de la molt rellevant indústria farmacèutica, passen per una reducció dels costos d'R+D+I i un accés molt més ràpid al mercat.

En aquests context, tant l'FDA com l'EMA han desenvolupat diversos **instruments regulatoris per a l'accés accelerat al mercat dels nous medicaments** (*fast-track*, *breakthrough designation*, aprovació accelerada, revisió prioritària, autorització condicional i en circumstàncies excepcionals, etc.) i innovadores aproximacions d'autorització adaptativa, que pretenen anar modificant l'autorització inicial a mesura que s'in-

crement el coneixement sobre l'efectivitat i seguretat d'un medicament que ha entrat al mercat amb un grau d'incertesa més elevat que l'exigit pels estàndards previs. Es tracta de mecanismes clau quan es considera que el potencial benefici terapèutic d'un medicament o l'absència d'alternatives de tractament en malalties greus justifica assumir un major grau d'incertesa en l'aprovació regulatòria per arribar ràpidament al mercat però, per altra banda, no deixa de comportar un major risc (clínic) per als malalts i (financer) per als sistemes sanitaris.

Tant l'FDA com l'EMA han aprovat nombrosos fàrmacs amb autoritzacions condicionals en els darrers anys (Martinalbo et al., 2016). Aquestes aprovacions no han estat exemptes de polèmica pel que fa al benefici incremental que aporten els nous fàrmacs autoritzats i la qualitat de l'evidència que els suporta: dels 48 fàrmacs oncològics aprovats per l'FDA per a 68 indicacions diferents entre 2009 i 2013, 8 indicacions (12 %) van ser aprovades amb estudis d'un sol braç, la prolongació de supervivència no va ser significativa pel que fa al control en 24 de les 68 (35 %) autoritzacions, el benefici mitjà en supervivència global va ser de només 2,7 mesos (rang: 1,0 a 5,8 mesos) i només en 7 de les 68 indicacions (10 %) es van reportar millores en qualitat de vida (Davis et al., 2017). De les 44 indicacions

sense evidència de millora de supervivència, només 3 (7 %) la van aportar en el període postmàrqueting i per a les 68 indicacions, i amb una mitjana de 5,4 anys de seguiment, només 35 (51 %) han demostrat millores estadísticament significatives en supervivència i/o qualitat de vida (Davis et al., 2017).

Pel que fa al cost-efectivitat, i per al cas del Sistema Nacional de Salut (SNS) espanyol, un recent treball descrivia l'efectivitat i els costos dels nous règims finançats pel SNS *versus* el comparador utilitzat en l'assaig pivotal d'autorització (Oyagüez et al., 2013). En molts casos, l'aportació en supervivència dels nous règims aprovats respecte al tractament previ era mínima (de pocs dies) o, fins i tot, nul·la, mentre que la diferència de preu era enorme, amb el resultat de costos incrementals per any de vida guanyat ajustat per qualitat (AVAQ) increïblement superiors als 25.000 a 60.000 euros per AVAQ en els quals se situa el llindar de disponibilitat a pagar a Espanya (Sacristan et al., 2019), fins i tot superant els 3 milions d'euros addicionals per AVAQ addicional (Peiró i del Llano, 2019).

En aquestes circumstàncies no és estrany que la major pressió per accelerar la revisió i millorar l'accessibilitat als nous fàrmacs (i les majors dificultats per a l'avaluació de la relació

Taula 1. Cost incremental per any addicional de supervivència d'alguns medicaments per al tractament de tumors sòlids incorporats a la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut

Localització del tumor	Esquema nou	Comparador	Supervivència addicional (en mesos)	Cost incremental (€)	Cost incremental (€) per mes addicional de supervivència	Cost incremental (€) per AVG i AVAQ addicional
En primera línia						
Colorectal	Bevazizumab + FOLFOX4	FOLFOX4	0,9	12.846	14.274	AVG: 171.288 AVAQ: 856.440
Colorectal	Cetuximab + FOLFIRI	FOLFIRI	1,3	20.305	15.619	AVG: 187.428 AVAQ: 937.140
Mama	Bevazizumab + Paclitaxel	Paclitaxel	1,5	49.818	33.212	AVG: 398.544 AVAQ: 1.992.720
Mama	Lepatinib + Letrozol	Placebo + Letrozol	1,0	22.545	22.545	AVG: 270.540 AVAQ: 1.352.700
En segona línia						
Cèl·lules renals	Everolimus + BSC	Placebo + BSC	0,4	18.878	46.680	AVG: 560.160 AVAQ: 2.800.800
Mama	Lapatinib + Capecitabina	Capecitabina	0,3	18.298	60.996	AVG: 731.592 AVAQ: 3.659.760

AVG: any de vida guanyat; AVAQ: any de vida guanyat ajustat per qualitat; FOLFOX4: pauta d'àcid folínic, fluoruracil i oxiplatí habitual en càncers digestius; FOLFIRI: pauta d'àcid folínic, fluoruracil i irinotecan habitual en càncers digestius, BSC: *Best Supportive Treatment*. Els AVG s'han calculat multiplicant per 12 (mesos) el cost incremental per mes addicional de supervivència. Els AVAQ s'han calculat assumint que la qualitat de vida en l'últim mes de vida d'un pacient oncològic és de 0,20.

Font: modificat d'Oyagüez et al., 2013.

benefici-risc pels dissenys hipercomplexos), estiguin acompanyades d'una major preocupació —dels governs, però també dels mateixos pacients i els professionals sanitaris— per l'impacte pressupostari de les teràpies dirigides i la sostenibilitat dels sistemes d'atenció de salut, preocupació que s'accentua per la **discreta correlació entre la “mida” del valor terapèutic afegit de molts d'aquests fàrmacs (o l'alta incertesa sobre el seu valor afegit) i la “mida” del preu.**

Establint (i negociant) el valor i el preu dels medicaments innovadors

Gairebé tots els països de la Unió Europea compten amb mecanismes, més o menys directes, de regulació de preus i de finançament selectiu de medicaments, que en els últims anys s'han vist (més o menys) modificats per incorporar aspectes d'impacte pressupostari, valor terapèutic afegit i cost-efectivitat (valor social). Les agències d'avaluació de tecnologies nacionals (sense capacitat reguladora per a l'autorització dels medicaments, que a la UE és una decisió supranacional), van incrementant el seu paper avaluant, a més a més de la relació benefici-risc d'un tractament, el seu cost-efectivitat i l'impacte pressupostari esperat, amb la finalitat d'informar: 1) les decisions d'incorporació a la cartera de serveis pública, 2) els candidats amb indicació per al tractament, i 3) el preu que el sistema pagarà pel medicament en una indicació concreta. Malgrat que en diversos països aquestes agències han anat guanyant capacitat avaluadora i pes institucional en les decisions de finançament de noves teràpies, en el cas d'Espanya tenen un paper molt limitat en l'avaluació i fixació del preu dels medicaments.

El preu dels medicaments en els diversos països s'estableix fonamentalment per tres “metodologies”, que, amb tot, poden combinar-se entre elles: 1) preu lliure, com als Estats Units; 2) per referència interna al preu d'altres fàrmacs amb similar indicació en un país, o per referència externa al mateix fàrmac en altres països, i 3) basat en el valor determinat per mètodes d'avaluació de tecnologies, amb esquemes vigents a Suècia, el Canadà i Austràlia.

Els esquemes de preu basat en el valor tenen importants avantatges teòrics: incorporen incentius a la innovació real senyalitzant l'interès social per fàrmacs innovadors en efectivitat, redueixen demores en l'accés i integren objectius entre la indústria innovadora i el finançador públic. Però també limitacions com el comerç paral·lel si els preus són diferents entre països, la validesa de les mètriques per mesurar

el valor, dinàmiques molt complexes en fàrmacs amb diverses indicacions i valor diferent per cadascuna d'elles i la necessitat de constant reavaluació per la incorporació de nou coneixement o nous fàrmacs que reesituen el valor del previ. En la pràctica, i sigui quin sigui el sistema d'establiment de preus emprat, els preus són molt semblants en tots els països de la Unió Europea (Young et al., 2017), en bona part perquè la indústria intenta fixar preus alts inicials en els països de preu no regulat i mantenir-lo en la resta de països per evitar el comerç paral·lel.

Ni els costos de desenvolupament i recuperació de la inversió (Picavet et al., 2013; Jayasundara et al., 2019), ni la complexitat de fabricació (Picavet et al., 2013), els costos de la promoció i màrqueting (Phillips, 2013), el valor afegit respecte a la teràpia prèvia (Onakpoya et al., 2015) o el sistema formal de fixació de preus de cada país (Young et al., 2017) semblen explicar els elevats preus de les teràpies dirigides. Més capacitat explicativa té la mida de mercat (amb preus més alts quan es tracta de malalties ultrarares o subgrups de tumors de molt baixa prevalença (Onakpoya et al., 2015; Messori et al., 2010) i, sobretot, l'absència de competència derivada del sistema de patents i un mal disseny social dels incentius a la innovació (Roos et al., 2010; Cole et al., 2018; Ramsey, 2015).

Actualment, **les dificultats d'accés a les teràpies dirigides, i més enllà de la incertesa sobre la seva efectivitat, comencen en els seus elevats preus**, que tenen la rèplica en tàctiques governamentals de demora a la incorporació o de limitació de les indicacions finançades. Sorprenentment, el valor terapèutic afegit (els beneficis addicionals que el nou esquema de tractament aporta sobre el maneig previ), la clau del valor social d'un medicament, no sembla pesar excessivament en l'establiment del preu i, més enllà de la mida del mercat potencial (prevalença), no sembla que hi hagi cap altra raó que justifiqui els elevats preus actuals que un mercat molt distorsionat (monopolístic), en el qual l'“exclusivitat” s'acompanya d'estratègies empresarials de fixació de preus que poden resumir-se a obtenir el preu màxim tolerable i durant el màxim temps possible prenent com a referència el fàrmac més car prèviament inclòs en la cobertura (Peiró, 2019).

La principal resposta a la tensió entre els alts preus i les restriccions d'accés a les teràpies innovadores ha estat la transferència parcial a la indústria dels riscos associats a la incertesa sobre l'impacte clínic i pressupostari mitjan-

çant la negociació de descomptes vinculats a l'efectivitat del tractament. Els *managed entry schemes* limiten (parcialment) l'exposició del finançador, associant descomptes a determinats riscos, bé financers (acords preu-volum, *caps*), bé clínics (*coverage with evidence development, patient access schemes, risk-sharing agreements, conditional reimbursement* i *payment by results*). Les tipologies més freqüentment emprades són els acords preu-volum (40 %), els acords que inclouen generació de nova evidència (29 %) i els programes d'accés restringit (13 %) (Ferrario i Kanavos, 2015).

Els avantatges d'aquest tipus d'acords passen per enforçar la utilització inicial en les subpoblacions amb major benefici potencial (vinculant el finançament a criteris d'inclusió), la minimització de l'ús *off-label*, la generació d'evidència addicional en condicions reals, la reducció dels costos promocionals i oferir un marc predictable de vendes. Entre els desavantatges s'inclou una implementació pràctica complexa amb elevats requeriments informatius i problemes de confidencialitat, el trasllat de part dels costos de la recerca clínica des de la indústria al mateix sistema de salut (Ferrario i Kanavos, 2015) i, sobretot, que la seva eficàcia real per contenir els preus és molt limitada.

En conjunt, la capacitat actual dels països europeus (o dels Estats Units) per contenir els preus de les noves teràpies (si és que en volen) és molt precària i, més enllà dels acords de descompte sota diverses fórmules, les limitacions d'accés estan sent la principal resposta dels governs, creant una situació de confrontament larvat entre una indústria monopolista global i els sistemes sanitaris de cada país buscant solucions aïllades (i moltes vegades, en oposició als seus propis departaments d'economia i indústria, que tendeixen a donar suport als alts preus en un esforç per mantenir els incentius a la innovació farmacèutica i l'ocupació d'alta qualificació).

En aquest mercat tan internacionalitzat, la posició negociadora de l'Estat espanyol és molt feble per imposar algun posicionament (si és que en té) i, a més, de moment Espanya s'ha oposat als intents de negociar un preu europeu comú en el cas dels antivirals directes per al tractament de l'hepatitis C, i, més recentment, ha mostrat moltes reticències a una avaluació comuna de les tecnologies sanitàries.

Però un increment de preus tan elevat i tan ràpid està generant problemes de sostenibilitat en tots els sistemes sanitaris,

amb moltes dificultats per compassar aquest creixement en la factura farmacèutica en els països europeus amb problemes de dèficit fiscal. Addicionalment, les pujades de preus estan generant un enorme descontentament: entre la població nord-americana (que ha de pagar directament bona part d'aquesta factura, a més d'una pujada de les primes), entre les associacions de malalts de tot el món, tradicionalment aliades de la indústria en suport de la recerca i l'accessibilitat als nous medicaments, i deteriorant extraordinàriament la imatge de la indústria farmacèutica. Una situació que alimenta reaccions (com l'autorització d'importacions de medicaments des del Canadà fins als Estats Units) i propostes de ruptura de l'estatu quo actual, que van des de modificacions radicals del sistema de patents fins a l'aplicació al sector de les lleis anti-monopoli. En conjunt, una situació molt complexa per a totes les parts implicades, en la qual la innovació, l'accessibilitat als nous tractaments i la sostenibilitat dels sistemes sanitaris s'estan compromentent mútuament (Peiró, 2015).

Promeses i realitats de la medicina de precisió

No obstant les seues promeses, i malgrat importants excepcions, la MPP està encara madurant les evidències empíriques que mostrin la seva superioritat en resultats clínics sobre les aproximacions convencionals, i els suposats estalvis per reducció d'efectes adversos són difícils de veure amagats en els "elevadíssims" preus de la major part de les noves teràpies.

Pel que fa a la diagnosi, la MPP s'ha mostrat útil en el diagnòstic de diverses malalties rares, però la penetrància dels gens patogènics sembla declinar segons s'avaluen familiars asimptomàtics, i la categorització de les variants com a patògenes està subjecta a constant reclassificació. D'altra banda, els estudis d'associació de genoma complet han mostrat que els problemes de salut que major càrrega de malaltia suposen (hipertensió, diabetis, coronariopaties, depressió, la major part dels càncers, etc.) i els seus factors de risc (obesitat, tabaquisme, sedentarisme...) estan associats a centenars de gens que, en conjunt, només expliquen una petita fracció de la variància en la seva incidència, molt menys que l'explicada per la història familiar, el veïnat de residència o el nivell socioeconòmic (Joyner i Paneth, 2019). Les propostes d'utilització d'escales de risc poligèniques no han mostrat una gran utilitat mentre són sospitoses d'un important risc de sobrediagnòstic i sobreutilització (Janssens i Joyner, 2019).

Pel que fa als tractaments, la natura policlonal i adaptativa de la major part dels tumors està mostrant una gran resistència als abordatges dirigits i, malgrat alguns èxits, el percentatge de malalties abordable actualment mitjançant dianes moleculars accionables és encara petit (Marquart et al., 2018).

En prevenció, la idea que la comunicació dels riscos genètics produiria modificacions en els estils de vida no ha estat recolzada pels estudis que l'han explorat (Hollands et al., 2016) i, addicionalment, algunes de **les propostes de “personalització” de les activitats preventives podrien minar els esforços poblacionals de protecció i promoció de la salut per abordar problemes com l'obesitat, el tabaquisme o el sedentarisme, així com generar un increment de les desigualtats** (Rey-Lopez et al., 2019). D'altra banda, moltes de les aproximacions preventives, combinades amb els avenços en *big data* i desenvolupades des d'òptiques reduccionistes i models de causalitat simples, tenen un gran potencial per incrementar el sobrediagnòstic i les cascades diagnòstiques i terapèutiques, sense que això obsti perquè la caracterització molecular pugui evitar tractaments innecessaris en alguns tumors, com en alguns tipus de càncer de mama.

Aquestes limitacions no resten valor a la medicina de precisió en aquells casos de variants d'alta penetració que s'han mostrat extraordinàriament útils en el diagnòstic i l'estratificació d'algunes malalties (per exemple, les variants BRCA en càncer de mama) o als avenços en el tractament de determinades condicions accionables (per exemple, la translocació del gen BCR-ABL, que assenyalava la major part dels malalts de leucèmia mieloide crònica com a sensibles al tractament amb imatinib, o la mutació del gen G551D en un limitat percentatge de pacients amb fibrosi quística, en els quals l'ivacaftor ha mostrat millorar la funció pulmonar).

Ningú dubta que la medicina de precisió té molt per aportar a molts grups de pacients, fins i tot més enllà del seu actual nínxol en subgrups de càncers relativament poc freqüents i malalties rares. Però des de la perspectiva de la política i gestió sanitària és important situar-se en la realitat: les evidències actuals no permeten generalitzar el discurs d'una medicina de precisió que solucionarà tots els nostres problemes de salut, i els nostres gens acabaran per revelar els arcans del nostre futur individual i les solucions per construir-lo a la mesura dels nostres somnis. Ni tan sols pot sostenir-se, sense rebaixar gaire les expectatives, la major part dels paradigmes de la

medicina de precisió (Joyner et al., 2019), especialment en els aspectes relacionats amb la salut poblacional.

La política sanitària, i sense renunciar a una visió de canvi radical en l'atenció mèdica vinculada als desenvolupaments genòmics, no té per què lliurar-se a l'entusiasme no basat en evidències. Tampoc pot oblidar que la medicina de precisió no resoldrà els grans problemes de salut associats a la hipertensió; l'obesitat; el sedentarisme; el tabaquisme; la violència; la manca d'aigua potable, de sanejament i d'aliments en els països més pobres; la pol·lució de l'aire, els riscos derivats del canvi climàtic i molts altres problemes de salut que són els que realment estan reduint la durada i la qualitat de vida de les persones, i que, usant la terminologia genòmica, són actualment “accionables” mitjançant polítiques de salut sanitàries i no sanitàries.

Conclusions

La MPP ja beneficia molts pacients i té enormes possibilitats de beneficiar-ne molts més en un futur més o menys proper. Cap d'aquestes possibilitats passa per l'abordatge individualitzat dels problemes de salut col·lectius, per distreure la política i la gestió sanitària (i els precaris fons de recerca) dels seus objectius més importants o mantenir uns preus solament justificats per allò que en qualsevol altre sector seria considerat abús de posició dominant. Això no és motiu per abandonar els camins empresos, que, en molts casos, estan millorant resultats en tumors, malalties rares i en alguns grups de pacients amb malalties cròniques. Tot el contrari. Es tracta simplement de no descuidar les prioritats actuals de les polítiques de salut col·lectives pel frenesí tecnològic, de no contraposar totes les esperances que tenim a una medicina amb més solucions futures, a les solucions que tenim actualment, i de buscar sistemes d'establiment de preus que, a més de garantir el valor social del medicament, combinen l'estímul a la innovació amb la sostenibilitat dels sistemes sanitaris. ■

Referències

- Cole, A.L.; Dusetzina, S.B.** (2018). "Generic Price Competition For Specialty Drugs: Too Little, Too Late?". *Health Affairs* 37(5):738-42.
- Davis, C.; Naci, H.; Gurpinar, E.; Poplavska, E.; Pinto, A.; Aggarwal, A.** (2017). "Availability of evidence of benefits on overall survival and quality of life of cancer drugs approved by European Medicines Agency: retrospective cohort study of drug approvals 2009-13". *British Medical Journal* 359:j4530.
- Ferrario, A.; Kanavos, P.** (2015). "Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: a comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden". *Social Science & Medicine* 124:39-47.
- Hollands, G.J.; French, D.P.; Griffin, S.J.; Prevost, A.T.; Sutton, S.; King, S., et al.** (2016). "The impact of communicating genetic risks of disease on risk-reducing health behaviour: systematic review with meta-analysis". *British Medical Journal* 352:i1102.
- Janssens, A.C.J.W.; Joyner, M.J.** (2019). "Polygenic Risk Scores That Predict Common Diseases Using Millions of Single Nucleotide Polymorphisms: Is More, Better?". *Clinical Chemistry* 65(5):609-11.
- Jayasundara, K.; Hollis, A.; Krahn, M.; Mamdani, M.; Hoch, J.S.; Grootendorst, P.** (2019). "Estimating the clinical cost of drug development for orphan versus non-orphan drugs". *Orphanet Journal of Rare Diseases* 14(1):12.
- Joyner, M.J.; Paneth, N.** (2019). "Promises, promises, and precision medicine". *Journal of Clinical Investigation* 129(3):946-8.
- Marquart, J.; Chen, E.Y.; Prasad, V.** (2018). "Estimation of the Percentage of US Patients With Cancer Who Benefit From Genome-Driven Oncology". *JAMA Oncology* 4(8):1093-8.
- Martinalbo, J.; Bowen, D.; Camarero, J.; Chapelin, M.; Démolis, P.; Foggi, P.; et al** (2016). "Early market access of cancer drugs in the EU". *Annals of Oncology* 27(1):96-105.
- Messori, A.; Cicchetti, A.; Patregani, L.** (2010). "Orphan drugs. Relating price determination to disease prevalence". *British Medical Journal* 341:c4615.
- Onakpoya, I.J.; Spencer, E.A.; Thompson, M.J.; Heneghan, C.J.** (2015). "Effectiveness, safety and costs of orphan drugs: an evidence-based review". *British Medical Journal Open* 5(6):e007199.
- Oyagüez, I.; Frías, C.; Seguí, M.A.; Gómez-Barrera, M.; Casado, M.A.; Queralt Gorgas, M.** (2013). "Efficiency of oncologic treatments for solid tumours in Spain". *Farmacia Hospitalaria* 37(3):240-59.
- Peiró, S.** (2015). "La incorporación de nuevos medicamentos al SNS: innovación, accesibilidad y sostenibilidad". *Gestión Clínica y Sanitaria* 17(1):5-6.
- Peiró, S.** (2019). "¿Por qué son tan caros los medicamentos?". Il Congreso EconSaludSur. Evaluación económica en salud. *Rectorado de la Universidad de Málaga, Málaga*.
- Peiró, S.; del Llano, J.** (2019). "La perspectiva de la política y la gestión sanitaria ante la medicina de precisión". *Gestión Clínica y Sanitaria* 21(3):95-102.
- Phillips, M.I.** (2013). "Big Pharma's new model in orphan drug and rare diseases". *Expert Opinion Orphan Drugs* 1(1):1-3.
- Picavet, E.; Cassiman, D.; Simoens, S.** (2013). "Do ultra-orphan medicinal products warrant ultra-high prices? a review". *Orphan Drugs Research Review* 3:23-31.
- Ramsey, S.D.** (2015). "How state and federal policies as well as advances in genome science contribute to the high cost of cancer drugs". *Health Affairs* 34(4):571-5.
- Rey-Lopez, J.P.; Lumbreras, B.; Ponce-Lorenzo, J.J.; Campillo-Artero, C.; Pastor-Valero, M.** (2019). "Precision medicine: Will technology be leveraged to improve population health? Regulation of biomarkers". In: Faintuch J, Faintuch S, eds. Precision medicine for investigators, practitioners and providers. Elsevier, Nova York.
- Roos, J.C.; Hyry, H.I.; Cox, T.M.** (2010). "Orphan drug pricing may warrant a competition law investigation". *British Medical Journal* 341:c6471.
- Sacristán, J.A.; Oliva, J.; Campillo-Artero, C.; Puig-Junoy, J.; Pinto-Prades, J.L.; Dilla, T.; et al.** (2019). "¿Qué es una intervención sanitaria eficiente en España en 2020?". *Gaceta Sanitaria* pii: S0213-9111(19)30175-X.
- Young, K.E.; Soussi, I.; Toumi, M.** (2017). "The perverse impact of external reference pricing (ERP): a comparison of orphan drugs affordability in 12 European countries. A call for policy change". *Journal of Market Access & Health Policy* 5(1):1369817.

PROFILAXI DE LA 'DESAMORTITZACIÓ' DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUT

Vicente Ortún

Universitat Pompeu Fabra

Lluís Bohigas i Santasusagna

President del Cercle de Salut, i de la Comissió d'Economia de la Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya

Tenim un bon sistema sanitari, però amb un pronòstic que s'ha anat agreujant. Tractarem, a continuació i de manera senzilla, sobre com evitar el desmantellament d'aquesta conquesta de la humanitat que és l'estat del benestar, esbossant alguna actuació de les que convindria executar per evitar la deriva cap a una "desamortització" del segle XXI: la subhasta dels serveis públics sanitaris (i universitaris).

Cap a una altra desamortització?

La desamortització va ser un llarg procés historicoeconòmic, iniciat a Espanya a finals del segle XVIII per Godoy (1798) i tancat ja molt entrat el segle XX, i va consistir a posar en el mercat, mitjançant subhasta pública, les terres i els béns que estaven amortitzats, és a dir, que no es podien comprar ni vendre. Aquestes terres estaven en mans de l'aristocràcia, l'Església catòlica o els ordes religiosos, els municipis i l'Estat.

La subhasta dels serveis sanitaris i universitaris públics es pot evitar si som conscients que:

- I. El nostre entorn resulta anormalment escleròtic.
- II. El sector sanitari deixarà d'estar "a prova d'Amazon".
- III. Per molt que s'innovï i s'abraci el canvi, el sector públic pot arribar tard i malament a una realitat molt canviant.

- IV. El finançament públic dels serveis sanitaris constitueix condició sine qua non d'eficiència.
- V. No hi ha altre remei que "gestionar-ne la utilització": primer, planificar l'oferta i procurar l'atenció adequada on toqui, lluitant tant contra la sobreutilització com contra la infrautilització (Ortún i Varela, 2017), i, segon, fer efectiu el principi de sostenibilitat d'uns serveis sanitaris finançats públicament: cartera de serveis correctament prioritzada amb valors democràtics i avaluació de cost-efectivitat amb càlcul d'impacte pressupostari.
- VI. Les limitacions de la gestió pública es poden superar a través de la competència per comparació en qualitat i la mitigació del mal govern.

I. Entorn escleròtic

Manel del Castillo, gerent de l'Hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona, esquematitzava recentment, a Madrid, la situació actual en tres trets, dels quals aquí farem referència al darrer: a) diners: pocs ingressos i despesa descontrolada (facturació inadequada als residents europeus, pseudoturisme sanitari...); b) crisi professional per baixos salaris i rigidesa d'oferta; poca adaptabilitat a les noves funcions emergents, i c) model de gestió esclerotitzat i exorcisme de privatització per a qualsevol sortida d'aquest model. Barreres polítiques, sindicals i professionals davant dels intents d'introduir una

discrecionalitat gestora responsable. La posició dels líders clínics podria influir-hi en cas que se sentissin afectats per una eventual deriva del nostre estat del benestar cap a un estat del benestar per a pobres —pobre estat del benestar—.

Observem, a la taula 1, diverses formes intermèdies entre l'organització pública pura i l'organització privada pura que es poden adaptar a les particularitats de l'activitat sanitària tenint en compte tant les seves fallades de mercat com les seves fallades per que fa al paper de l'Estat. Al món desenvolupat prevalen, dins del sector sanitari, les organitzacions privades no lucratives i, a Espanya, les públiques pures.

Taula 1. Tipologia de formes organitzatives

	Titularitat dels drets de decisió			
	Privada	Mixta	Pública	
Apropiació privada de rendes residuals	Sí	Privada pura (capitalista)	Privada regulada	X
	Parcialment	Comercial no lucrativa	Comercial lucrativa amb participació pública	Pública comercial
	No	No lucrativa pura	Fundació privada amb finançament públic	Pública pura

Font: elaboració pròpia

En la sanitat espanyola coexisteix la gestió directa de serveis —amb una molt lleugera incorporació de noves formes de gestió, com ara consorcis, fundacions o societats mercantils públiques— amb la gestió indirecta de serveis mitjançant, sobretot, concerts i, molt secundàriament, concessions d'obra i concessions administratives, mecanismes de compra pública innovadora i contractes de risc compartit. En general, es pot afirmar que no s'ha agafat per les banyes el toro de la reforma de l'administració pública amb un dret públic inadequat per a la prestació de serveis sanitaris, quan se sap que una més gran autonomia de gestió i la personalitat jurídica pròpia afavoreixen l'eficiència (Pérez-Romero, Ortega-Díaz, Ocaña-Riola i Martín-Martín, 2019). Com diu José-Ramón Repullo, l'estatut marc del Sistema Nacional de Salut —Llei 55/2002— defineix gairebé tots els aspectes rellevants de la política de personal: accés al lloc de treball, retribució, negociació de les condicions de treball, representació, etc. Aquesta rigidesa s'adapta malament a la missió i les necessitats dels serveis sanitaris moderns, i condueix paradoxalment a un alt nivell d'ocupació inestable, abús generalitzat de contractes temporals i absència de la necessària longitudinalitat, essencial en l'atenció primària.

II. A prova d'Amazon?

Un sector com el sanitari ha estat, tradicionalment, protegit de la competència en tots els països del món (Rodríguez, 2019). És un sector, per tant, “a prova d'Amazon”, la qual cosa no ha impedit gaire innovació en producte, alguna en procés i poca en organització, tot i que es poden destacar Kaiser, Geisinger, Mayo i Veterans als Estats Units, Aravind i Narayana Hrudayalaya a l'Índia i diverses innovacions organitzatives a Espanya: codis infart i ictus, teledermatologia, *fast-track* en cirurgia colorectal, infermera gestora de demanda, concentració de la cirurgia oncològica digestiva d'alta especialització amb reducció de la mortalitat a la meitat... en aspectes clínics. També les entitats de base associativa a Catalunya com a forma organitzativa, i llei antitabac i polítiques de seguretat viària com a mesures salubristes efectives (Garcia-Altés i Ortún, 2018).

El grau de competència constitueix un factor exogen que afecta la qualitat de la gestió. De fet, Amazon va fracassar en la seva primera entrada al sector sanitari, com també ho van fer Google o Microsoft, i la seva segona entrada —gestionar l'atenció sanitària de 1.200.000 treballadors, els mateixos juntament amb els de Berkshire i JP Morgan als EUA— és encara molt recent. Convé insistir que la majoria de les empreses disruptives ingressen en un mercat amb un producte el valor del qual és menor que el dels operadors tradicionals del mercat, i el cost del qual encara és molt menor. Aquest és el model per als disruptors clàssics, com Southwest Airlines, MP3 o els fabricants japonesos d'automòbils.

La cura de la salut tendeix a ser diferent, perquè els consumidors generalment no es volen conformar amb un producte de menor qualitat, fins i tot si és substancialment més barat. No obstant això, el millor auguri per a la iniciativa sanitària conjunta d'Amazon, Berkshire i JP Morgan —una de no lucrativa anomenada Haven— ve donat pel nomenament d'Atul Gawande com a director general l'estiu del 2019. Atul Gawande (2009), cirurgià i escriptor —del qual referenciem exclusivament l'article que va entusiasmar Obama—, constitueix, juntament amb *Gestión Clínica y Sanitaria*¹, una revista de publicacions secundàries, el millor exponent de la gestió sanitària orientada a millorar el benestar de les persones amb els recursos disponibles.

¹ <http://iiss.es/gcs/index.htm>.

III. Hackeig de Darwin, absència de benestar en un planeta malalt i augment de la desigualtat que amenaça la democràcia i el desenvolupament

Molt abans que ens n'adonem, la revolució genètica transformarà el món. Les tecnologies genètiques estan dissenyades per canviar la manera en què fem els bebès, la naturalesa dels bebès que fem i, en última instància, la nostra trajectòria evolutiva com a espècie². S'ha proposat una moratòria en l'ús de tècniques d'edició genètica CRISPR (repeticions palindròmiques curtes, agrupades i regularment interespaiades), però tot quedarà en un mer registre d'aquestes per a l'Organització Mundial de la Salut. I sense pretendre contribuir al subgènere de ciència-ficció de "la terra es mor", amb precursors tan destacats com H.G. Wells i el seu *Time Machine*, no s'ha de descartar que els Morlocks dissenyin els Elois que els convinguin en un món poc habitable³. En grups petits, els humans hem sabut sobreposar-nos a situacions històriques on se salvaven tots o no se salvava ningú (d'allà la presència de "castigadors altruistes" entre nosaltres). Amb un grup de 7.800 milions, i creixent, la cooperació amb estranys ha esdevingut tan complicada com necessària.

En l'actualitat sanitària, GFR, ALK, ROS/RET, BRAF, KRAS... Tots són biomarcadors en càncer de pulmó que permeten tractaments "a mida"; d'altres estan indicats en càncer de mama o en les biòpsies líquides per detectar mutacions de càncers en sang, però la seqüenciació massiva de segona generació supera clarament el fet d'anar marcadors a marcadors. Tant la seqüenciació massiva de segona generació com la intel·ligència artificial o la medicina de precisió (nova pel fet de basar la individualització dels tractaments en la genòmica) requereixen més especialització, economies d'escala, organització matricial, treball en xarxa i, molt possiblement, aliances amb líders tecnològics, nord-americans o xinesos. La inèrcia ens pot portar fàcilment a arribar-hi tard i malament.

I ens queden dos grans problemes d'acció col·lectiva, en aquest epígraf tercer de canvis, d'inqüestionable impacte en el benestar humà: l'escalfament global i la creixent, des del 1980, desigualtat. Ambdós comparteixen la tragèdia dels béns comunals. Ambdós requereixen la cooperació internacional. L'escalfament global demana una actuació per part de

tots els països per canviar el nostre sender d'inversió i creixement. Països més o menys rics, més o menys poderosos, més o menys responsables. Actuacions aïllades per disminuir les emissions de CO₂ es tradueixen en difícilment solubles problemes d'acció col·lectiva. Pactar la contenció de l'escalfament global pot requerir canviar els arguments de les nostres funcions de benestar social i acordar taxa i tipus de creixement; podria suposar fins i tot considerar la data de convergència entre el "nord" i el "sud", més concretament entre els EUA i la Xina. Difícil. No en va el terme que va definir l'any 2018, segons el *Financial Times*, va ser *la trampa de Tucídides*⁴, historiador que descriu com Atenes, davant de la por que la puixança d'Esparta li va provocar i el temor de veure suplantada la seva posició hegemònica, declara unes guerres, les del Peloponès, que en 30 anys conduïrien a la destrucció d'ambdós estats.

IV. Finançament públic

El 87 % de la ciutadania espanyola creu que l'Estat és responsable de proporcionar cobertura sanitària a tota la població, tot i que manifesta poca disposició a pagar més per finançar-la; el 70 % seria la xifra mitjana per als altres quatre països —Alemanya, França, Itàlia i el Regne Unit— estudiats a l'Enquesta de Valors de la Fundació BBVA 2019⁵.

Perquè l'accés als serveis sanitaris depengui de la necessitat clínica i sanitària, la pràctica totalitat dels països desenvolupats del món opten per donar-hi finançament públic: assegurances universals i obligatori contribuint segons capacitat davant de la inviabilitat de la solució *coasiana* —l'assegurament voluntari de col·lectius— per la concentració de la despesa en col·lectius deprimits. El que sembla manifestar uns valors d'equitat té també una justificació en termes d'eficiència, ja que, si es vol obtenir la màxima quantitat i qualitat de vida amb els recursos disponibles, cal deixar de banda les extravagàncies per centrar-se en el que és clínicament efectiu. Els capricis sempre es podran satisfer segons la capacitat i la voluntat de pagar individualment per ells.

La salut de la població és tant un instrument com un indicador de desenvolupament. El seu finançament públic tindrà èxit en la mesura que s'actui sobre els determinants socials

2 <https://jamiemetz.com/books/>.

3 <https://www.economist.com/open-future/2019/03/29/can-liberal-democracy-survive-climate-change>.

4 <https://www.ft.com/content/0e4ddcf4-fc78-11e8-aebf-99e208d3e521>.

5 https://www.fbbva.es/wp-content/uploads/2019/09/Presentacion_Estudio_Valores_2019.pdf.

amb una perspectiva de salut pública i fugint de les rigideses que els grups d'interès, industrials, corporatius i professionals hi introdueixen. D'altra banda, a Espanya un major finançament públic no ha de suposar revisió de tipus però sí eliminació de beneficis fiscals (IRPF i IVA), actuació en impostos especials, particularment introduint-los sobre les begudes ensucrades, i un ús de preus públics més gran. A més, l'harmonia social i l'individualisme encarrilat aconsellen, com recomana el *World Inequality Report 2018*, progressivitat impositiva, registre global en el qual consti la propietat dels actius financers (antídoto del blanqueig de capitals, l'evasió fiscal i la creixent desigualtat), i millor accés a l'educació (i a ocupacions ben remunerades).

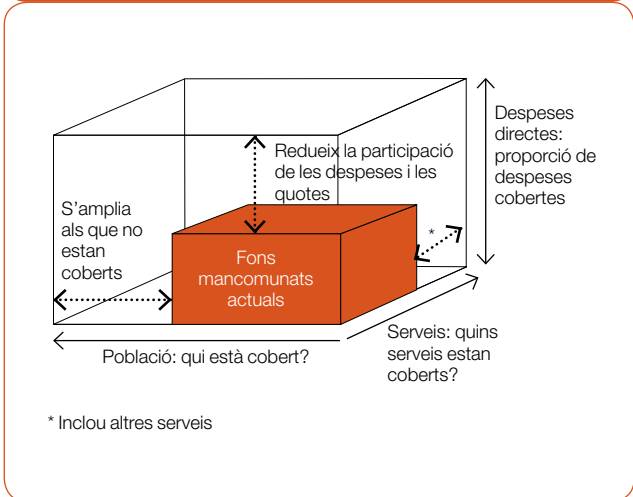
V. Gestió d'utilització i racionalitat en l'establiment de la cartera de serveis

La conquesta de la humanitat anomenada *estat del benestar* es pot consolidar a Espanya —inclosa la seva joia de la corona, l'atenció sanitària—, amb lleugers retocs, d'una banda, que el facin més semblant als estats del benestar nòrdics i del centre d'Europa i, d'altra, adoptant mesures que la realitat i nombrosos dictàmens reclamen. Entre d'altres:

- Recuperar la planificació (aquella competència per autoritzar obertures, modificacions o tancaments d'instal·lació sanitària), que, en dimensionar l'oferta humana i física, en condiciona en molt alt grau la utilització del futur. És a dir, cal una autèntica gestió de la utilització.
- Fer efectiu el factor de sostenibilitat que reguli la composició de la cartera de serveis sanitària segons cost-efectivitat i impacte pressupostari, tal com fan els països europeus amb més poder adquisitiu (i amb un estat del benestar més consolidat). De fet, una cartera que respongui tant a criteris científics de cost-efectivitat com a preferències socials constitueix l'autèntic factor de sostenibilitat de la component sanitària de l'estat del benestar⁶. En les tres dimensions de la cobertura sanitària del gràfic 1, Espanya presenta una cobertura pràcticament universal, uns copagaments baixos en el context europeu i una cartera de serveis que mereix ser objecte d'atenció prioritària.

6 <https://nadaesgratis.es/sergi-jimenez/la-evaluacion-economica-de-medicamentos-como-factor-de-sostenibilidad-de-la-salud-publica>.

Gràfic 1. Les tres dimensions de la cobertura sanitària

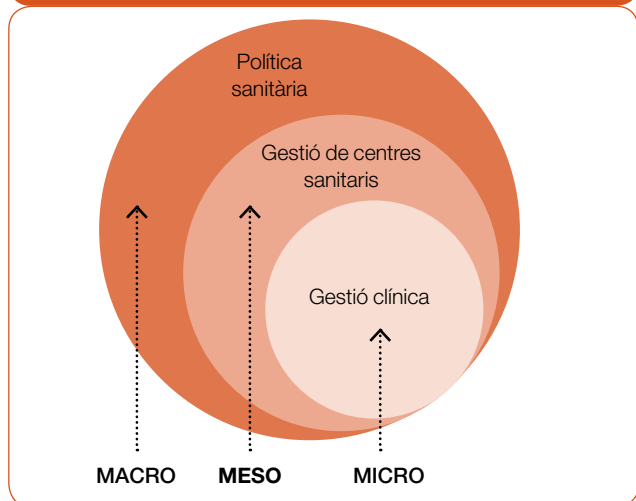


- La pràctica clínica s'adapta a l'oferta disponible quant a mitjans a disposició i cartera de serveis establerts, com repetides vegades s'ha mostrat des de la famosa *Història de dues ciutats*: Boston i New Haven. La pràctica clínica, d'altra banda, com a principal assignadora de recursos sanitaris —en decisions diagnòstiques i terapèutiques—, conté la clau perquè un sistema sanitari finançat públicament sigui desitjable per als ciutadans votants: que sigui solvent i que tingui capacitat resolutiva, la qual cosa implica, amb recursos limitats, tant eliminar l'excés de la utilització inadequada, de la sobreutilització i de la infrautilització —un terç de la despesa sanitària als EUA— com reduir la bretxa entre l'eficàcia (el que idealment es podria aconseguir) i l'efectivitat (el que realment s'està aconseguint).
- Fer individualment atractiva —per als clínics— la millora contínua de la seva pràctica aconsella possibilitar l'existència d'organitzacions amb autonomia de gestió, que rebin una part dels seus pressupostos en funció de resultats —ajustant per a tot el que cal ajustar— en un entorn de competència per comparació en qualitat, per a la qual cosa cal una millor política que permeti una millor gestió pública.

VI. Mitigació del mal govern i competència per comparació en qualitat

La gestió en el sector sanitari presenta tres àmbits diferents: el de la intervenció de l'Estat —regulant, finançant, informant i fins i tot produint—, que es tradueix en política sanitària, el de la gestió de centres i el de la gestió clínica (gràfic 2).

Gràfic 2. Els tres àmbits de la gestió sanitària



Font: Ortún, V. "Presentación del V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria". *Gaceta Sanitaria* 1993; 7(38S): 1-2.

La qualitat dels hospitals millora quan competeixen per comparació en qualitat. Es va aplicar la ja esmentada enquesta de valoració de la qualitat de la gestió, validada en altres sectors de l'economia i en altres països, a dos terços dels hospitals d'aguts d'Anglaterra. Es van agrupar un total de 18 pràctiques en quatre dimensions: a) operacions ajustades (*lean*), com a admissió, protocolització, interconsultes, alta i seguiment, etc.; b) mesura de l'actuació partint de l'adopció de tecnologia, la prevenció d'errors, la millora contínua, etc.; c) fixació d'objectius, i d) incentius: atracció i retenció de talent, esporgada d'incomplidors, etc. Va resultar que les millors pràctiques gestores estaven associades a millors resultats, incloent-hi menor mortalitat després d'infart agut de miocardi, millors resultats financers, més satisfacció del personal i puntuacions més altes per part de l'agència supervisora de la qualitat. La incorporació d'una variable instrumental de tipus polític permet establir causalitat i el seu sentit: més competència entre hospitals provoca una millor qualitat de la gestió. Tot i que hi pugui haver altres formes de millorar la qualitat, com ara fomentar l'elecció informada per part dels usuaris, les troballes de l'estudi donen suport a les polítiques dels països que, com els Països Baixos, Alemanya, el Regne Unit o Noruega, intenten promoure la competència per comparació.

Sabem que la garantia d'immortalitat en organitzacions i persones constitueix una recepta infal·lible per a l'estancament i

l'embotiment. La innovació neix, en part, de la necessitat. Els drets cal garantir-los, amb les oportunes xarxes socials de seguretat, però els privilegis, no.

No es tracta ni de competir en preus (sacrificant les qualitats que l'usuari no percep) ni de fer experiments a prova d'errors, per l'interès del promotor polític que llueixin força, sinó d'anar introduint la idea que els recursos que una organització sanitària rebi dependran, d'entrada en una mínima part, de la qualitat que ofereixi en relació amb els seus comparables. La major integració —encara que sigui virtual— que cal per atendre els polipatològics amb limitacions en les activitats de la vida diària reduirà el nombre de proveïdors sanitaris, i la major concentració resultant obligarà, en ocasions, a buscar comparadors més llunyans.

Els factors que influeixen en la millora dels resultats clínics, financers i la satisfacció del personal, a més de la competència per comparació en qualitat, són la mida i les habilitats clíniques i gestores. L'associació entre mida (volum d'intervencions quirúrgiques, procediments, etc.) i qualitat està ben establerta. Constitueix l'expressió clínica de les economies d'escala i reflecteix l'obvietat que l'expertesa en un ofici s'adquireix amb la pràctica, tot i que encara no es pot descartar que la derivació selectiva hi jugui igualment un paper. Les habilitats clíniques i gestores (millor comunicació, més credibilitat i autoritat) —per aquest ordre— expliquen un millor comportament de les organitzacions sanitàries.

Amb mal govern ni es combatrà l'escalfament global o la desigualtat ni se sostindrà l'estat del benestar. Cal que la població cregui en la imparcialitat de les administracions perquè l'estat del benestar es consolidi. A Espanya, sobretot a partir del 2011, va calar la consciència de deteriorament institucional i van abundar les propostes de millora de la qualitat del govern, totes elles ara al bagul dels records, possiblement per l'afany monotemàtic de resoldre, *whatever it takes*, l'encaix de Catalunya.

El capitalisme corrupte, d'amigots i influències, arruïna aquesta confiança en la imparcialitat de les administracions. Tots els països s'enfronten a un desafiament enorme però ben conegut: com conciliar el capitalisme, el govern d'uns quants, amb la democràcia, el govern de molts? Com funcionarà el capitalisme democràtic? Convé estar atents a la deriva institucional a què es refereixen Novoa, Gervas i Ponte (2014): la mala re-

gulació o el creixent individualisme. L'auge de les plutocràcies populistes al món planteja la qüestió de què podrà més, si un cert desig d'harmonia social o la polarització de rendes en un entorn d'individualisme creixent. L'evidència d'efectes negatius de la desigualtat sobre el creixement futur o de l'escalfament global sobre la salut del planeta no necessàriament ha d'afectar el rumb que les societats adoptin.

No n'hi ha prou amb la democràcia per construir un bon govern. Segons Charron et al. (2015), els tres factors que semblen tenir el suport empíric més gran per comprendre les diferències en la qualitat de la governança entre països són: 1) una gestió pública professional amb una separació estricta entre les carreres de polítics i funcionaris, 2) descentralització i autonomia en la gestió dels recursos humans, i 3) transparència, entesa com l'accés a la informació pública (sense publicitat ni ocultant els mals resultats), i llibertat de premsa.

Curiosament, paradoxalment, gairebé la dificultat més gran, segons Ricard Meneu (2019), no rau en l'articulació de les respostes polítiques, sinó en emprendre la "tasca, que sembla titànica, de convèncer la ciutadania de la necessitat d'exigir el que és imprescindible per al benefici de tots"⁷. ■

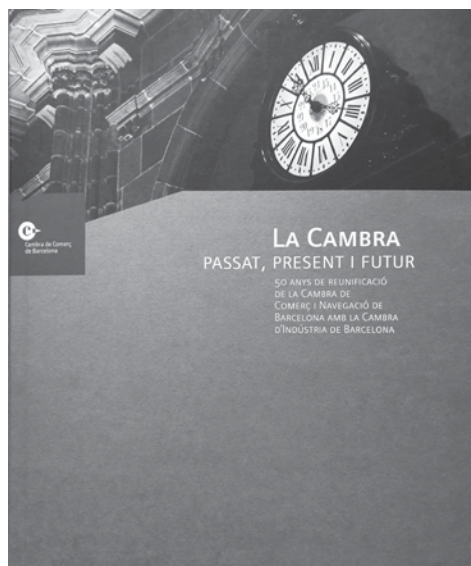
Referències

- Bloom, M.; Propper, C.; Seiler, S.; Reenen J.** (2015). The impact of competition on management quality: evidence from public hospitals. *Review of Economic Studies* 82: 457-89.
- Charron, N.; Dijkstra, L.; Lapuente, V.** (2015). Mapping the Regional Divide in Europe: A measure for assessing quality of government in 206 European Regions. *Soc Indic Res* 122, 315-46.
- Garcia-Altés, A.; Ortún, V.** (2018). "Reformas pendientes en la organización de la actividad sanitaria". *Cuadernos Económicos de ICE* 96: 57-82 96: 57-82.
- Gawande, A.** (2009). The cost conundrum. What a Texas town can teach us about healthcare. *The New Yorker*, 1 de juny.
- Meneu, R.** (2019). "Avances en transparencia y buen gobierno (también) en Sanidad. *Gestión Clínica y Sanitaria*". 21, 2: 48-50.
- Novoa, A.; Gérvas, J.; Ponte, C.** (2014). Salvaguardas, deriva institucional e industrias farmacéuticas. *AMF* 10, 7: 373-82.
- Ortún, V.; Varela, J.** (2017). Infra y sobreutilización. ¿Inventando problemas? *Gestión Clínica y Sanitaria*, 19, 3: 87-89.
- Pérez-Romero, C.; Ortega-Díaz, I.; Ocaña-Riola, R.; Martín-Martín, J.** (2019). "Análisis multinivel de la eficiencia técnica de los hospitales del Sistema Nacional de Salud español por tipo de propiedad y gestión". *Gaceta Sanitaria* 33, 4: 325-332.
- Rodríguez, M.** (2019). "El sector público y el sector privado de la sanidad. ¿Estabilidad o cambio?". *Gaceta Sanitaria* 33, 6: 499-501.

7 <http://iiss.es/gcs/gestion71.pdf>.

LLIBRES

NOTÍCIA DE LLIBRES



LA CAMBRA. PASSAT, PRESENT I FUTUR

Francesc Granell i Cambra Oficial de Comerç,
Indústria, Serveis i Navegació de Barcelona, 2019.

Francesc Granell

Economista

Les més de 10.000 cambres de comerç de tot el món constitueixen un teixit indispensable per reforçar l'accés de les empreses a les relacions econòmiques internacionals i per establir normes d'acceptació universal, com ara els Incoterms i les normes sobre els crèdits documentaris. La Cambra de Barcelona, com a seu del comitè espanyol de la Cambra de Comerç Internacional i com a vicepresidenta de la Cambra de Comerç d'Espanya, així ho ha fet fins ara.

En el cas espanyol, les cambres de comerç van lluitar a favor de la nostra incorporació en la integració europea ja abans de la transició democràtica.

És dins d'aquest context que cal situar la història de la Cambra de Barcelona d'ençà que es van fusionar les antigues Cambra de Comerç i Navegació i Cambra d'Indústria l'any 1967.

Al llibre *La Cambra: passat, present i futur. 50 anys de reunificació de la Cambra de Comerç i Navegació amb la*

Cambra d'Indústria de Barcelona, recullo la trajectòria de la Corporació, unificada sota les successives presidències de Josep Valls i Taberner (1967), Andreu Ribera Rovira (1967-1979), Josep Maria Figueras Bassols (1979-1991), Antoni Negre Villavecchia (1991-2002) i Miquel Valls Maseda (2002-2019), en una etapa important de la nostra història econòmica, en la qual s'ha evolucionat d'una economia tancada —malgrat la relativa obertura que va representar el Pla d'estabilització de 1959— a una economia oberta integrada en la Unió Europea i amb vocació mediterrània, amb tot l'esforç que ha representat per a les empreses adaptar-se a les noves situacions de competència.

La Cambra unificada ha contribuït a un millor coneixement de l'economia catalana amb estudis que han anat des de l'anàlisi de la crisi del petroli de 1973 o la primera Taula Input-Output de l'economia catalana de 1967, fins a l'últim estudi presentat durant l'etapa de Miquel Valls com a president: *L'economia catalana al segle XXI: balanç 2000-2017 i perspectives 2030*,

que ha rebut el Premi Joan Sardà 2019, atorgat per la *Revista Econòmica de Catalunya*.

La Cambra ha contribuït, també, a l'adaptació de les empreses a les noves coordenades de competència, mitjançant la creació de serveis de comerç exterior i agrupacions d'exportadors, el cursos de formació, l'arbitratge i l'impuls de rutes aèries, entre d'altres actuacions i activitats diverses.

La Cambra ha hagut d'adaptar-se a canvis en la governança europea, espanyola, catalana i barcelonina en tot aquest període, i ha hagut de patir la retallada en el seu finançament que va suposar l'anomenat "decretazo" de José Luis Rodríguez Zapatero del 2010, pel qual es va suprimir la quota cameral obligatòria per a totes les empreses, una quota que suposava l'ingrés més important per al pressupost de les vuitanta-vuit cambres de comerç espanyoles.

Com es recull al llibre, la Cambra s'ha hagut de reinventar en diverses ocasions. La Cambra va haver de resistir la pressió del sindicat vertical franquista per sobreviure i el president Ribera Rovira va tenir una actuació politicoeconòmica destacada en l'etapa en què no hi havia partits polítics, i arribà a fer possible la supervivència del Foment del Treball com la patronal que és ara i que tant ha contribuït per fer possible la CEOE.

Després, en l'etapa de Josep Maria Figueras, es va contribuir a la realització dels Jocs Olímpics i en la col·laboració amb la Generalitat per impulsar la governança catalana.

Durant la presidència de Miquel Valls, la Cambra ha impulsat decididament l'ampliació de la Fira de Barcelona com a institució insubstituïble de la projecció internacional de Barcelona i fins i tot s'ha llençat a pactar amb l'Ajuntament la cessió d'un terreny a la nova zona tecnològica de Barcelona, per completar la cobertura de seus que ara dona a través dels edificis de la Llotja i de Diagonal.

Juntament amb totes aquestes fites, la Cambra ha ajudat a crear moltes institucions avui plenament arrelades a Barcelona: el Barcelona Centre de Disseny i l'Escola de Comerç Internacional de la Universitat Pompeu Fabra, entre d'altres, alhora que ha estat present en el funcionament de moltes altres entitats, com poden ser el Port o la Zona Franca.

Cal confiar que la Cambra sigui capaç d'afrontar els reptes de futur interns i externs en aquests moments difícils pels quals estem passant, tot seguint millorant el que l'actual Cambra de Comerç, Indústria, Serveis i Navegació ha anat fent en tots aquests anys. ■



LA MALALTIA DE LA SANTAT CATALANA: FINANÇAMENT I GOVERNANÇA

Guillem López-Casasnovas i Marc Casanova
Barcelona: Editorial Profit (2020). 125 pàgines

Lluís Bohigas

President de la Comissió d'Economia de la Salut
del Col·legi d'Economistes de Catalunya

El llibre *La malaltia de la sanitat catalana: finançament i governança*, de Guillem López-Casasnovas i Marc Casanova, publicat per Editorial Profit, va ser presentat el 30 de gener passat a la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona, en un acte organitzat pel Cercle de Salut. El Cercle de Salut és una associació que proposa la millora del model sanitari català, i amb aquest objectiu va encarregar un informe al Centre de Recerca en Economia de la Salut, de la Universitat Pompeu Fabra, sobre la sanitat catalana, que ha constituït el contingut del llibre.

El llibre consta de 125 pàgines, el gruix de les quals, unes 70, és el contingut de l'Informe, les referències ocupen 4 pàgines i 36 són annexos.

El contingut de l'Informe es presenta en tres capítols: en el primer, es compara Catalunya amb altres països; en el segon, es compara Catalunya amb les altres comunitats autònomes de l'Estat espanyol, i, finalment, en el tercer capítol, s'estudia la

sanitat privada. A més dels tres capítols hi ha una introducció, unes conclusions i un resum. La introducció fixa els objectius de l'estudi i la metodologia emprada.

En el capítol internacional, els autors comparen "Catalunya amb diferents grups de països desenvolupats, posant el focus en la despesa sanitària, tant pública com privada, per tal de veure en quina situació ens trobem en relació amb els països de l'entorn". La comparació internacional de la despesa sanitària entre països té una llarga tradició en els estudis d'economia de la salut i, en aquesta línia, un dels autors ha participat en aquesta història d'estudis. Des de les primeres comparacions fetes a finals del segle passat fins avui dia, han millorat tant la qualitat de les dades com la sofisticació de la metodologia. Així, els autors utilitzen les darreres dades publicades i fan servir la tecnologia més moderna (les regressions calculades pels autors es poden trobar a l'annex A).

Des del moment que es van fer els primers estudis sobre aquesta matèria, es va establir la relació forta que hi ha entre el

PIB del país i la despesa sanitària, i no tan sols en valors absoluts sinó també en percentatge del PIB. És a dir, un país més ric gasta més proporcionalment en sanitat que un país pobre.

Més recentment s'han estudiat els efectes de la variable envelliment, que també incrementa la despesa sanitària, i una altra variable que també explica les diferències entre països és el tipus de finançament de la sanitat, bé per via de la seguretat social (Bismark) o bé a través d'impostos (Beveridge). Els autors fan servir les tres variables: PIB, envelliment i sistema sanitari per estimar quina hauria d'ésser la despesa sanitària a Catalunya, i el resultat és que la sanitat catalana està finançada públicament molt per sota del que li tocaria.

En aquest capítol s'inclouen també unes dades comparatives de Catalunya amb les regions europees conegudes com NUT2. No hi ha gaires dades publicades; especialment, no hi ha dades de despesa sanitària.

En el capítol espanyol, els autors proposen: "Ens centrarem a analitzar la situació de la sanitat pública en el context espanyol, des d'una perspectiva autonòmica". En aquest capítol els autors reproduïen les anàlisis estadístiques del capítol anterior amb les dades de les disset comunitats autònomes. Els resultats no són significatius, la renda regional no explica les diferències entre la despesa de les comunitats, i tampoc l'envelliment (les regressions són a l'annex C).

Això es lògic perquè l'objectiu del sistema de finançament de les comunitats autònomes és que hi hagi igualtat entre elles, amb uns mínims ajustaments per insularitat. Però aquest objectiu de la política autonòmica tampoc s'assoleix ni de llarg. Les diferències en despesa per càpita de les comunitats són espectaculars. D'una banda, hi ha les dues autonomies amb "cupo", el País Basc i Navarra, que tenen un sistema de finançament no solidari i, per tant, gaudeixen d'uns recursos superiors a les altres. D'altra banda, i dins el sistema de finançament general, les diferències entre les altres quinze comunitats són abismals. Els autors analitzen l'evolució d'aquestes dades en el període 2003-2016 per estudiar l'impacte de les retallades en el finançament sanitari. Les conclusions són que les retallades van augmentar les desigualtats entre comunitats autònomes.

En el capítol dedicat a la sanitat privada a Catalunya, els autors proposen: "Ens centrarem a descriure la despesa sanitària privada a Catalunya i a observar la seva evolució els darrers anys,

en particular a l'època de la crisi econòmica, quan es va produir una reducció important de la despesa pública". Els autors descriuen com les retallades van crear insatisfacció amb la sanitat pública i que alhora es va produir un creixement de la despesa privada, tant a Catalunya com a Espanya, tot i que el creixement va ser més pronunciat a Catalunya. Els autors no determinen causalitat entre els dos fenòmens. L'anàlisi de les assegurances privades mostra un lleuger creixement en el nombre de persones assegurades i un creixement més important en les primes pagades.

En l'apartat de conclusions, els autors qualifiquen la situació de la sanitat pública a Espanya com: "El cas de les comunitats autònomes és un clar exemple de vulneració del principi de responsabilitat fiscal, ja que la despesa està molt més descentralitzada que la capacitat d'obtenir recursos propis via impostos". Les conclusions són determinants: "Una millora del finançament públic de la sanitat catalana no serà possible dins un Estat espanyol que transfereix recursos a la nostra sanitat des de paràmetres fortament restrictius i aliens a la capacitat fiscal de la nostra economia". "Sense una reforma del sistema de finançament autonòmic [...] no cal perdre un minut més en la comprensió de la frustració que provoca, el que és desitjable, el que podria ser i el que és en realitat". "La situació catalana resta d'entrada prou definida, ja en aquests extrems, per una societat 'de peatge' que substitueix històricament la insuficiència de la sanitat pública amb complements i suplementos privats".

L'Informe és un compendi d'estudi acadèmic i una finalitat de política sanitària. Els autors aconseguen fer un estudi acadèmic sòlid amb l'objectiu de fonamentar una causa de política sanitària: l'infrafinançament de la sanitat pública catalana. ■

REVISTA ECONÒMICA DE CATALUNYA

DIRECTOR
Martí Parellada

SECRETARI CONSELL DE REDACCIÓ
Antoni Garrido

CONSELL DE REDACCIÓ
Oriol Amat
Jordi Caballé
Montserrat Casanovas
Antoni Castells
Josep Maria Duran
Enric Fernández
Anton Gasol
Francesc Granell
Guillem López Casasnovas
Andreu Morillas
Valentí Pich
Joaquín Trigo
Joan Trullén

SECRETÀRIA
Carme Cuartielles

COORDINACIÓ I SUPERVISIÓ LINGÜÍSTICA
TRADUCCIÓ DEL CASTELLÀ
Marta Guspí Saiz

DISSENY I PRODUCCIÓ EDITORIAL
ZETACORP. Comunicació Corporativa
(Grupo Zeta-Prensa Ibérica).
Consell de Cent, 425.
08009 Barcelona. Tel. 932 279 416

SUBSCRIPCIONS
sgomez@coleccionomistes.cat

PROMOCIÓ
cperezdelpulgar@coleccionomistes.cat

DIPÒSIT LEGAL
B. 8.160-1975
ISSN 135-819 XX

JUNTA DE GOVERN DEL COL·LEGI D'ECONOMISTES DE CATALUNYA

DEGÀ
Anton Gasol Magriñà

VICEDEGÀ
Oriol Amat i Salas

PRESIDENT SEU DE GIRONA
Lluís Bigas de Llobet

PRESIDENT SEU DE LLEIDA
Josep Maria Riu Vila

PRESIDENT SEU DE TARRAGONA
Miquel Àngel Fúster Gómez del Campo

SECRETARI
Xavier Subirats i Alcoverro

TRESORERA
Carmen García Jarque

INTERVENTOR
Benito Garcia Débora

VOCALS
Alfred Albiol Paps
Emilio Álvarez Pérez-Bedia
Maria Josep Arasa Alegre
Elisabet Bach Oller
Carme Casablanques Segura
José Ignacio Cornet Serra
Berta Ferrer Berta
Jaume Menéndez Fernández
Miquel Morell Deltell
Ester Oliveras Sobrevias
Ivan Planas Miret
Sofia Rodríguez Rico

CONSELLERS
Jesús Álvarez Rabanal
Arnau Farré Andreu
Carlos Puig de Travé
Eduard Soler Villadelprat

1. Els originals s'han d'enviar a l'adreça electrònica rec@coleccionomistes.cat.
2. L'extensió dels treballs no pot superar les 4.000 paraules, incloent-hi quadres, gràfics, mapes, notes i referències bibliogràfiques.
3. Els articles, que han de ser originals inèdits, són sotmesos a avaluació per part d'especialistes qualificats.



Col·legi d'Economistes de Catalunya

*Al servei dels professionals
de l'economia i de l'empresa*

Seu de Barcelona

Pl. Gal·la Placídia, 32
08006 Barcelona

Seu de Girona

C/ Joan Maragall, 44-46, ent. 3a
17002 Girona

Seu de Lleida

C/ Pere Cabrera, 16, 1r G
25001 Lleida

Seu de Tarragona

Rambla Nova, 58-60, 5è A
43004 Tarragona

www.coleconomistes.cat

