

¿QUÉ CAMBIOS ECONÓMICOS NECESITA ESPAÑA?

(V) UN SISTEMA DE SALUD
EFICIENTE, SOSTENIBLE
Y ESTABLE

Valencia
15 de diciembre de 2016

Fundación **BBVA**

Ivie

9:30-11:30 PRIMER PANEL

TRAYECTORIA E IMPLICACIONES DEL GASTO EN SALUD EN ESPAÑA

«Sostenibilidad y reformas del Sistema Nacional de Salud»

José María Abellán, *Universidad de Murcia y AES.*

«Necesidades y recursos autonómicos para la prestación de servicios de salud»

Vicent Cucarella, *Sindicatura de Comptes de la Comunitat Valenciana.*

Francisco Pérez, *Universitat de València e Ivie.*

«La evolución del empleo autonómico en sanidad en el periodo 2002-2014»

Miguel Ángel García Díaz, *AIReF y Universidad Rey Juan Carlos.*

11:30-12:00 PAUSA – CAFÉ

12:00-14:00 SEGUNDO PANEL

LOS RESULTADOS DEL SISTEMA SANITARIO Y SUS POSIBLES MEJORAS

«Lecciones del Observatorio Fedea»

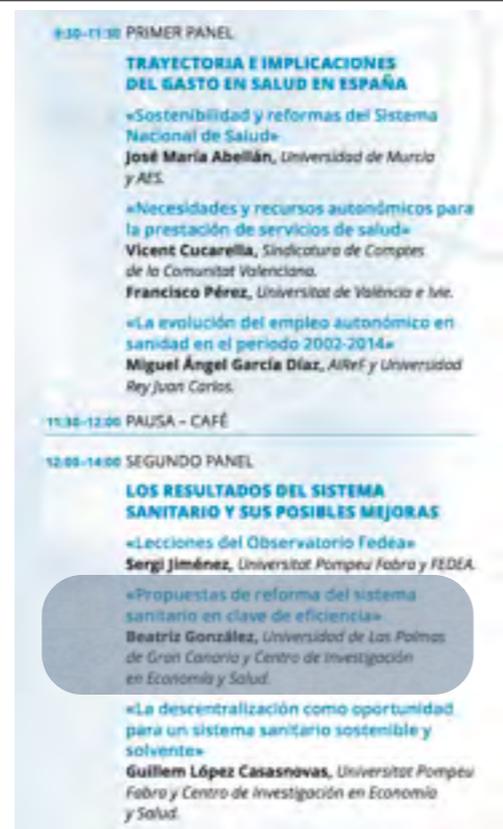
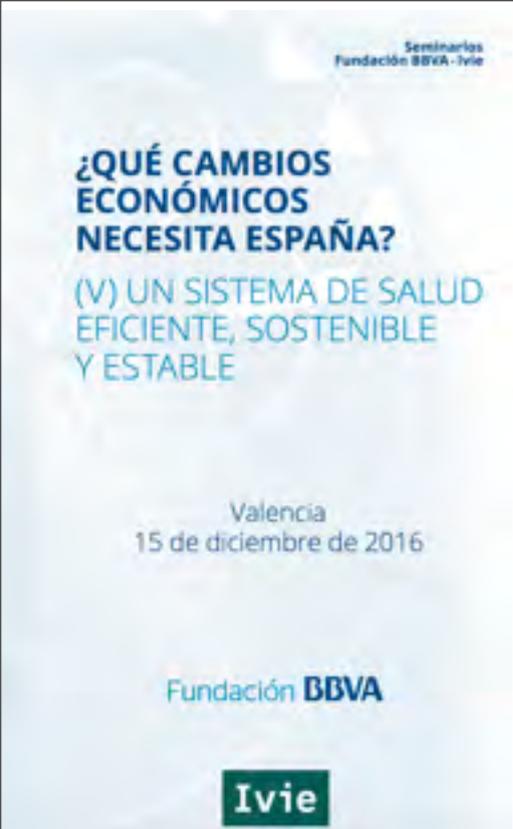
Sergi Jiménez, *Universitat Pompeu Fabra y FEDEA.*

«Propuestas de reforma del sistema sanitario en clave de eficiencia»

Beatriz González, *Universidad de Las Palmas de Gran Canaria y Centro de Investigación en Economía y Salud.*

«La descentralización como oportunidad para un sistema sanitario sostenible y solvente»

Guillem López Casasnovas, *Universitat Pompeu Fabra y Centro de Investigación en Economía y Salud.*

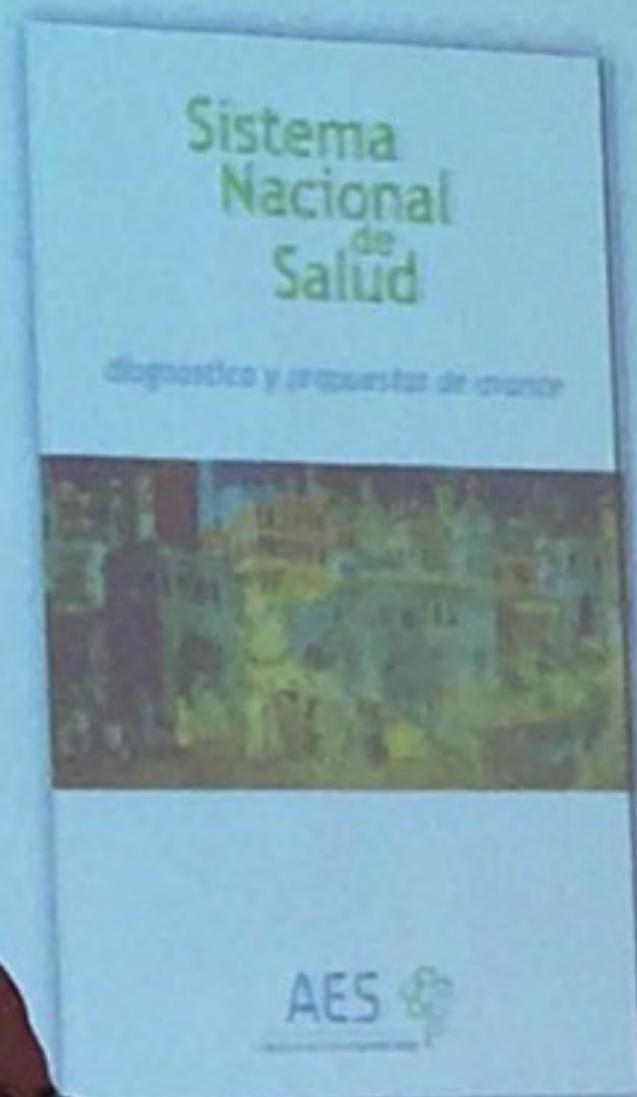


Propuestas de reforma del sistema sanitario en clave de eficiencia

Beatriz Gonzalez Lopez-Valcarcel
Universidad de Las Palmas de GC
beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

Actuaciones para mejorar la sostenibilidad

- Buen gobierno.
 - Transparencia.
 - Rendición de cuentas.
- **Desinversión (*re inversión*)**
 - Reducción de actividades y tratamientos de escaso valor.
 - *Evaluación de tecnologías según coste-efectividad.*
- Refuerzo del papel de la atención primaria.
 - Aumentar su capacidad resolutive.
- Cambios en la gestión
 - Integración (más coordinación y continuidad asistencial).
 - Autonomía y responsabilidad de las unidades.
- Financiación y política retributiva.
 - Financiación capitativa.
 - Pago por desempeño (P4P) y reorientación.



Indice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión

**¿Cómo la sanidad ha
afrontado la crisis?**



Recortando en las tres dimensiones del cubo

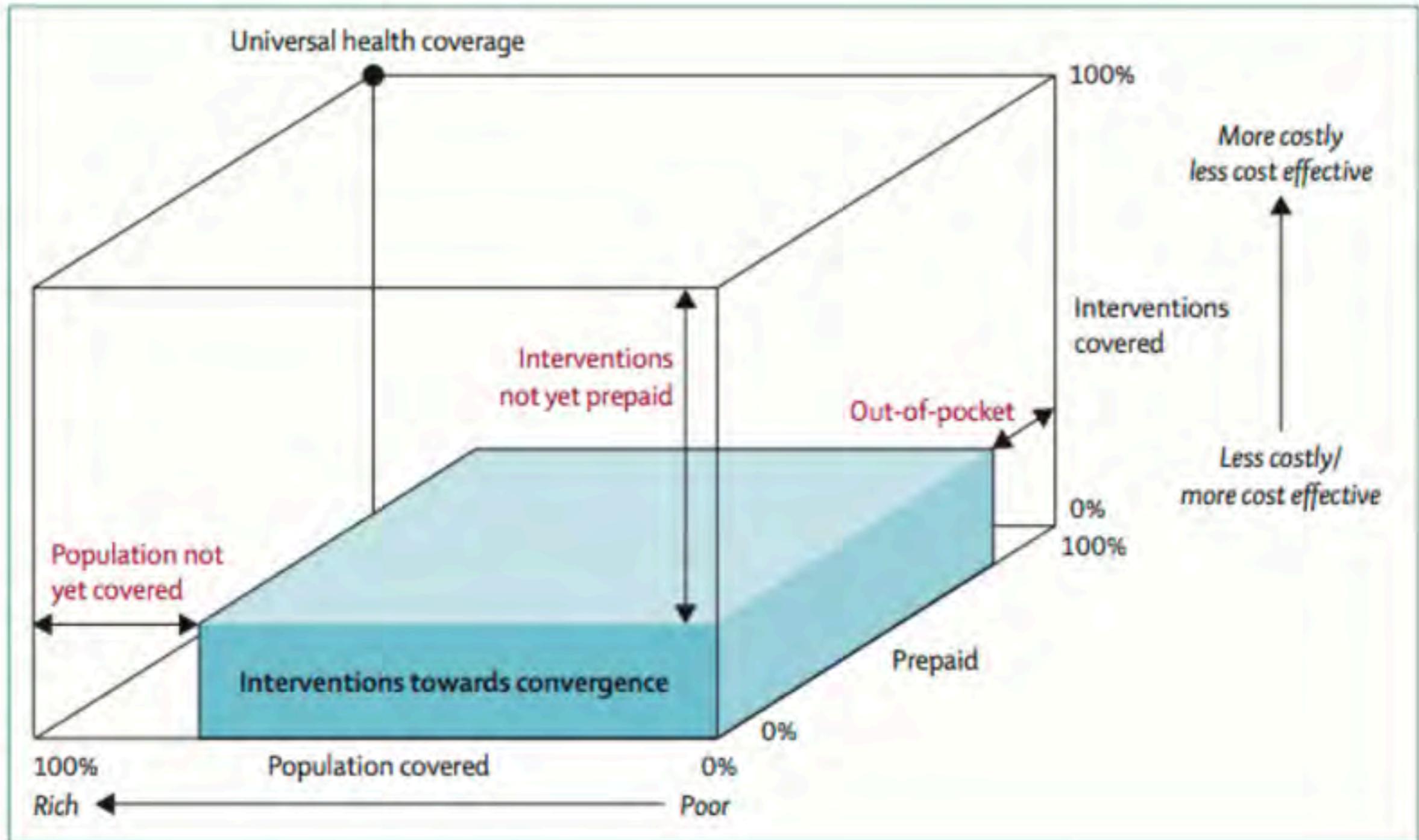


Figure 17: Pathways towards universal health coverage

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

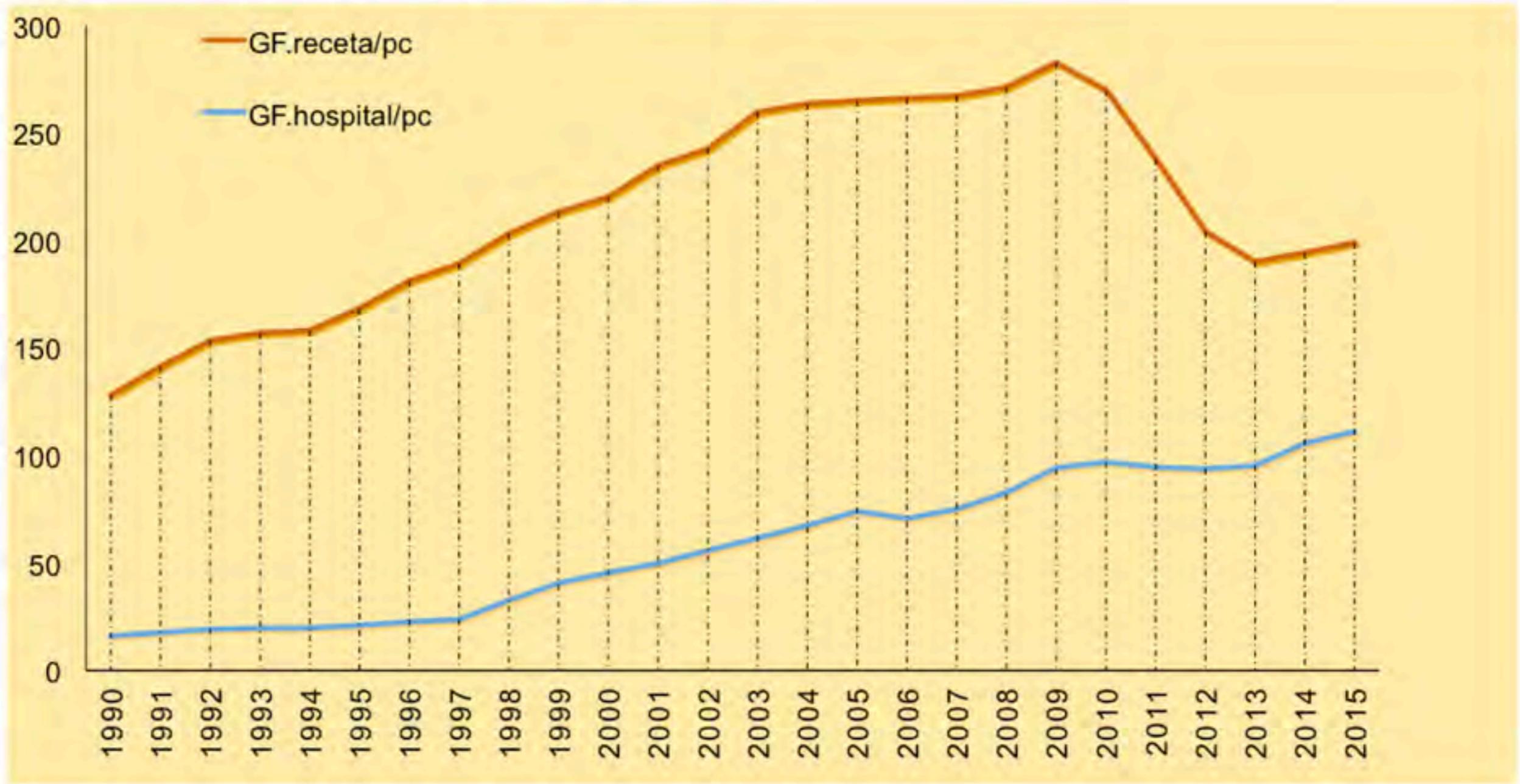
1. **Recortes** en la sanidad pública.
Primero, hachazos indiscriminados.
Poco a poco, selectivos

Inversiones

Farmacia (ambulatoria)

Personal

GASTO FARMACÉUTICO en ESPAÑA



Evolución del Gasto farmacéutico per cápita del SNS (a € constantes de 2011)

Gasto público de inversión
(formación de capital):
Caída del **68%** desde 2008 a 2014
1.3% del gasto en 2014 (3.8% en
2008)

Apagón inversor

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

2. Co-pagos y desuniversalización. Aumento del peso de la financiación privada

I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

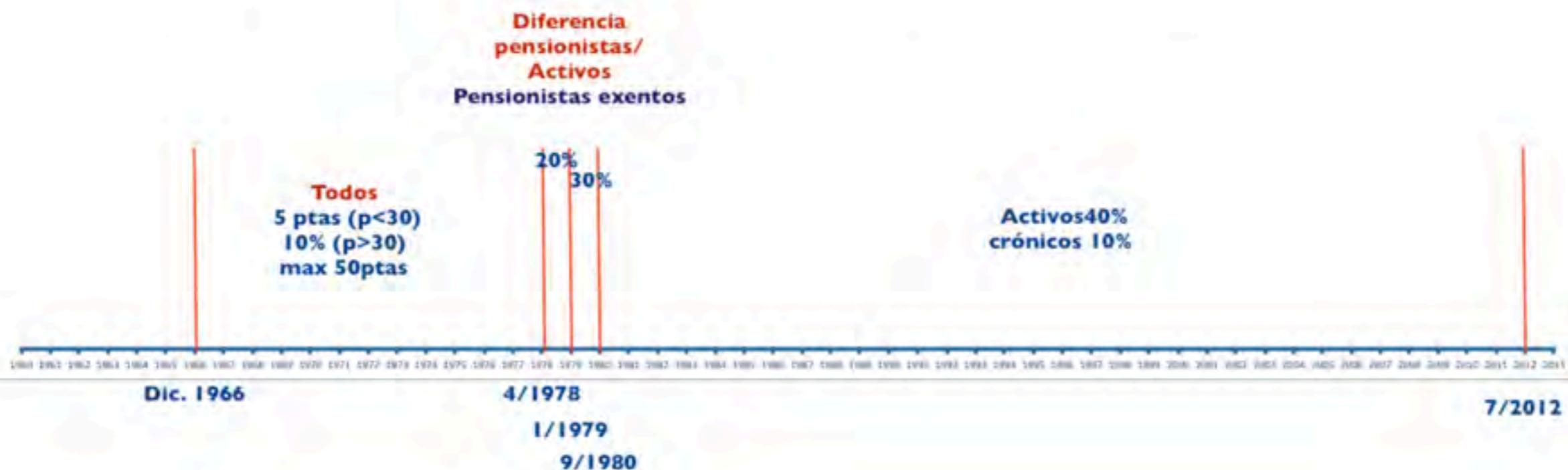
103 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad seguridad de sus prestaciones.

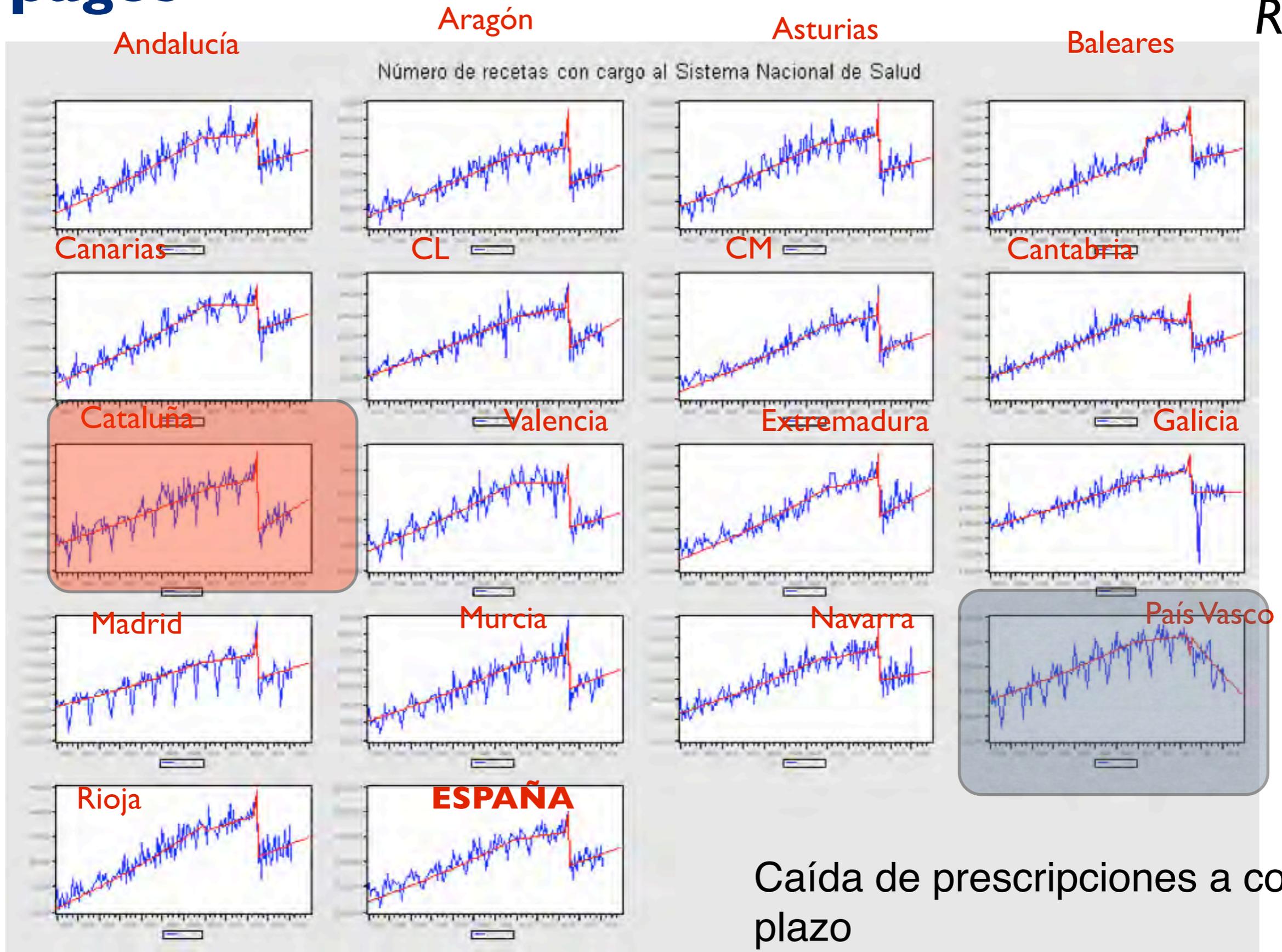
seguridad de sus prestaciones

103 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad

JEFATURA DEL ESTADO

Figura 1. La evolución del co-pago de medicamentos en España 1966-2012





Caída de prescripciones a corto plazo
Tendencia a la recuperación

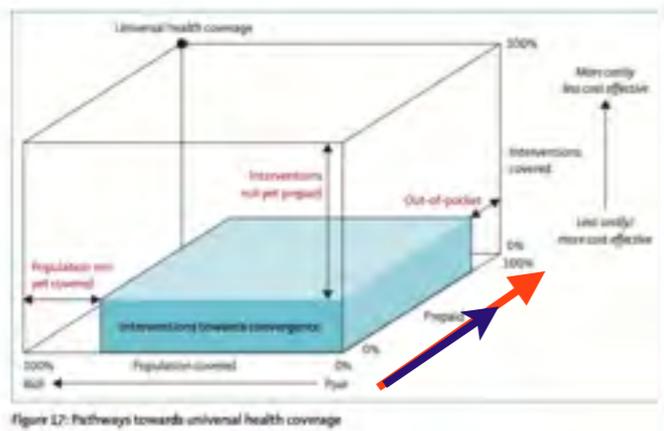
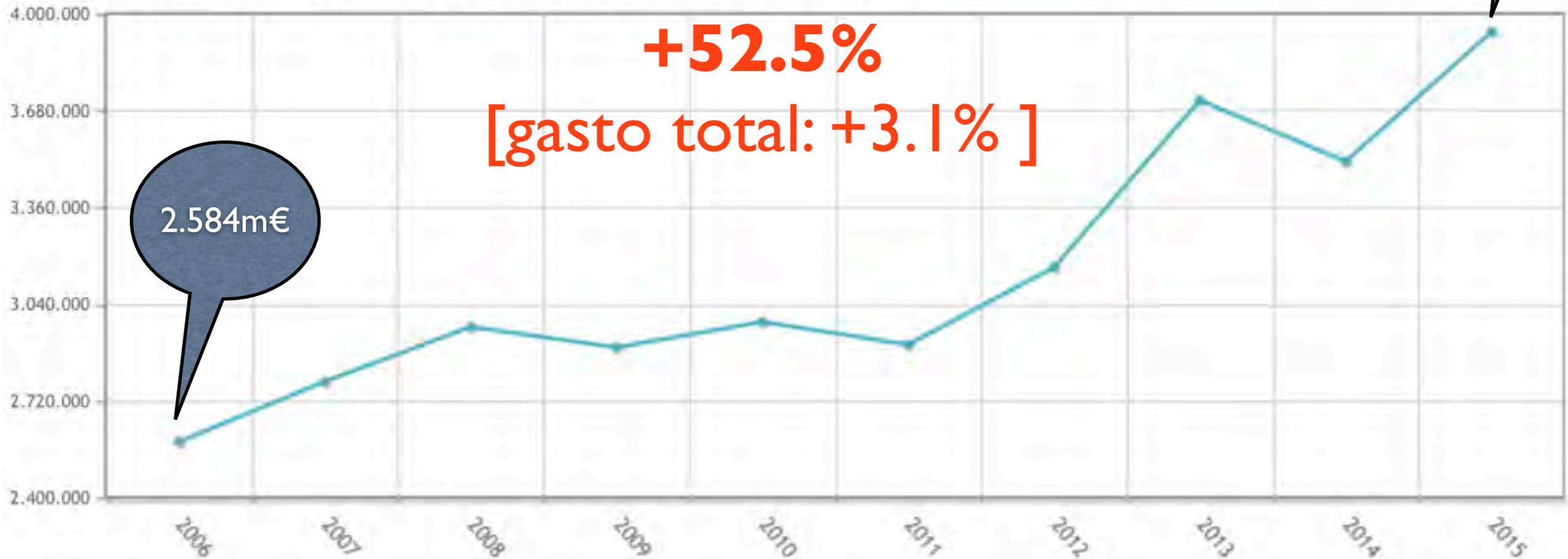


Figure 17: Pathways towards universal health coverage

Efecto de los copagos: redistribución de la carga financiera

3.949m€

Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), Productos farmacéuticos, Gasto total



2.584m€

+52.5%

[gasto total: +3.1%]

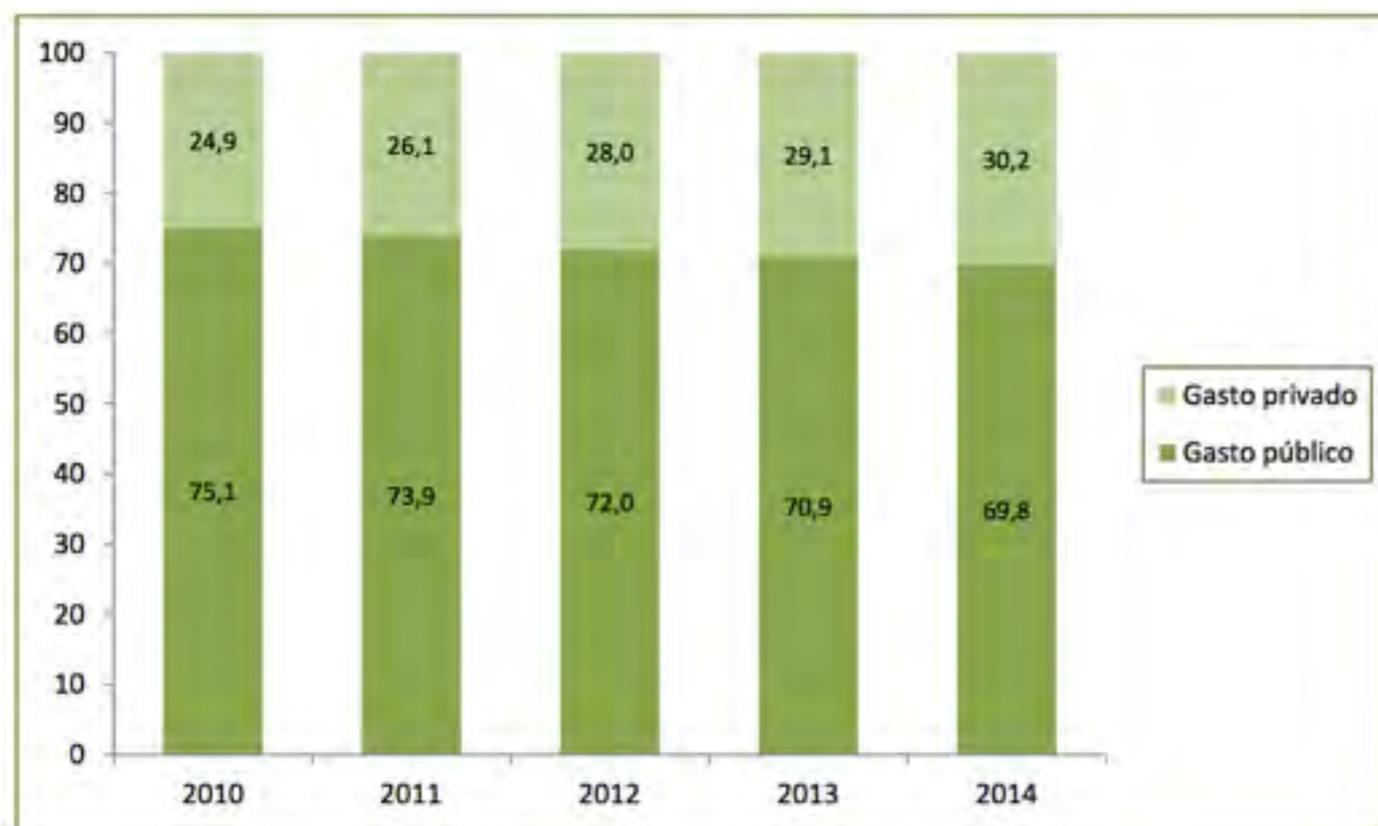


Aumento de listas de espera...
Sustitución de gasto público por
privado

Tabla 1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2010-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto sanitario total		99.899	99.167	96.174	93.856	95.722
Gasto sanitario público	75.460	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Gasto sanitario privado		24.912	25.930	26.963	27.334	28.895

Gráfico 2. Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014



Sustitución de gasto público por privado

Cambio 2010-2014	%	€
Gasto público	-11.4%	- 8.634 m€
Gasto privado	+16%	+4.983m€

Fuente: MSSSI Sistema de cuentas de salud 2015 (junio 2016)

Carga ideológica en el debate de la sostenibilidad

**Mezcla con el debate sobre
“modelo” y *público vs privado***

Debate muy **ideologizado**

Sanidad Privada
Aportando Valor

ANÁLISIS DE SITUACIÓN 2016

Sector **privado** (proveedores) **lucrativo**, crecientemente activo y **reivindicativo** que presiona para cambiar de “**modelo**”

Experiencias ricas en gestión indirecta de la prestación sanitaria pública, pero insuficientemente evaluadas

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

3. Lentamente hacia una cultura de priorización, sin grandes cambios de arquitectura institucional y con cierta tendencia a asignación por silos. Pérdida de peso de la AP

¿Y la salud qué tal?



Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain

Beatriz G. Lopez-Valcarcel¹ · Patricia Barber¹

© Springer International Publishing Switzerland 2016

Abstract This paper reviews economic and medical research publications to determine the extent to which the measures applied in Spain to control public health spending following the economic and financial crisis that began in 2008 have affected healthcare utilization, health and fairness within the public healthcare system. The majority of the studies examined focus on the most controversial cutbacks that came into force in mid-2012. The conclusions drawn, in general, are inconclusive. The consequences of this new policy of healthcare austerity are apparent in terms of access to the system, but no systematic effects on the health of the general population are reported. Studies based on indicators of premature mortality, avoidable mortality or self-perceived health have not found clear negative effects of the crisis on public health. The increased demands for co-payment provoked a short-term cutback in the consumption of medicines, but this effect faded after 12–18 months. No deterioration in the health of immigrants after the onset of the crisis was unambiguously detected. The impact of the recession on the general population in terms of diseases associated with mental health is well documented; however, the high levels of unemployment are identified as direct causes. Therefore, social policies rather than measures affecting the healthcare system would be primarily responsible. In addition, some

health problems have a clear social dimension, which seems to have become more acute during the crisis, affecting in particular the most vulnerable population groups and the most disadvantaged social classes, thus widening the inequality gap.

Key Points for Decision Makers

Some health problems have a clear social dimension, which seems to have become more acute during the crisis.

The public health system has borne a disproportionate share of the burden of spending cuts provoked by the crisis, but it has managed to avoid irreversible deterioration. The most tangible consequences of healthcare spending cuts and austerity measures concern problems of access to healthcare, both for specific population groups (undocumented immigrants) and for patients in general (longer waiting lists).

The studies have common limitations: use of cross-sectional data and no consideration of lags between the cause (economic recession) and its effects (mortality, morbidity). To better estimate the effects of the crisis on the population's health, up-to-date data of cohorts from clinical records and registries would be needed.

No attempt has thus far been made in Spain to reform the health system with a view to achieving long-term sustainability in response to the 2008 recession and for preventing future recessions.

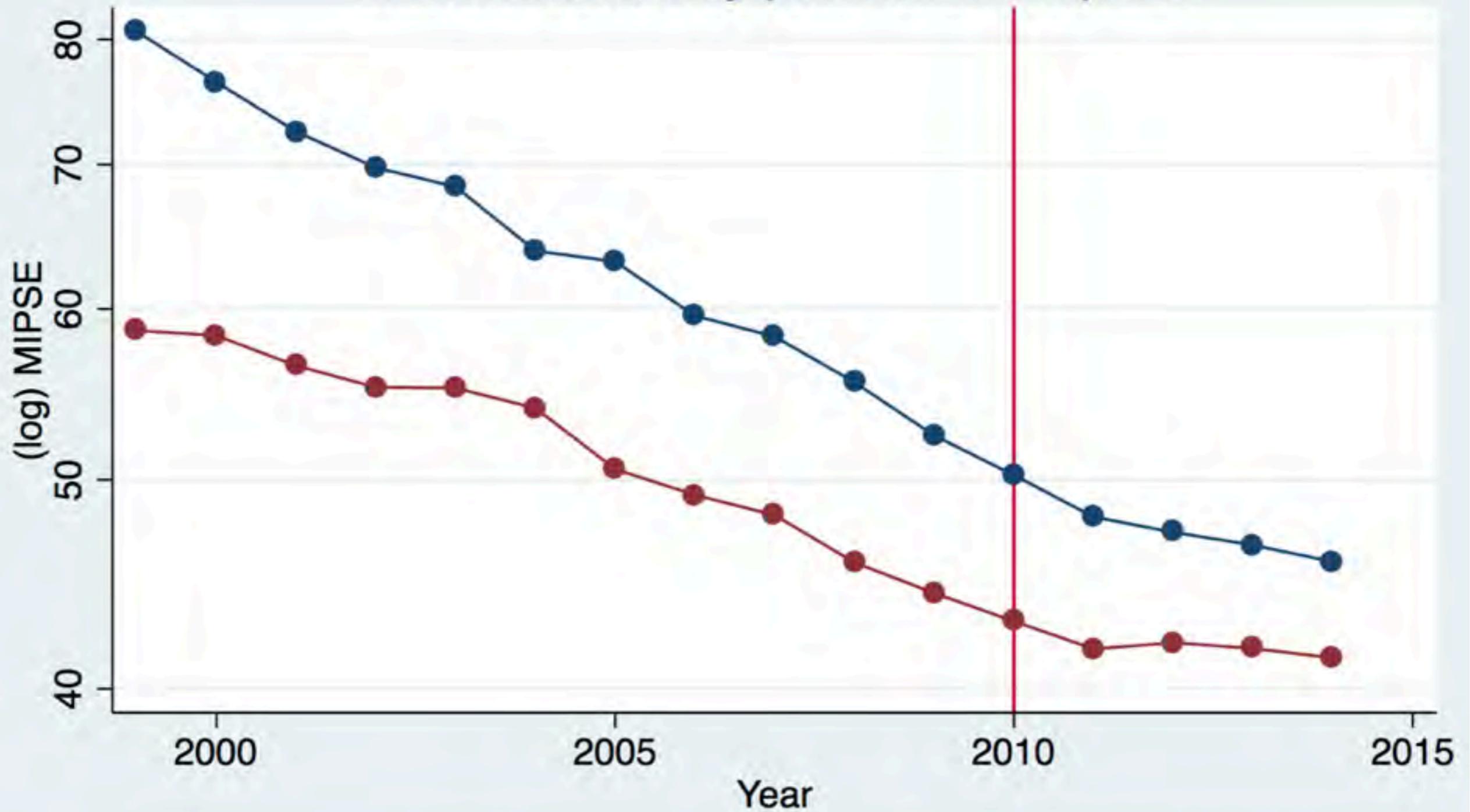
Electronic supplementary material The online version of this article (doi:10.1007/s40258-016-0263-0) contains supplementary material, which is available to authorized users.

✉ Beatriz G. Lopez-Valcarcel
beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

¹ Department of Quantitative Methods for Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Campus Tafira, 35320 Las Palmas de Gran Canaria, Spain

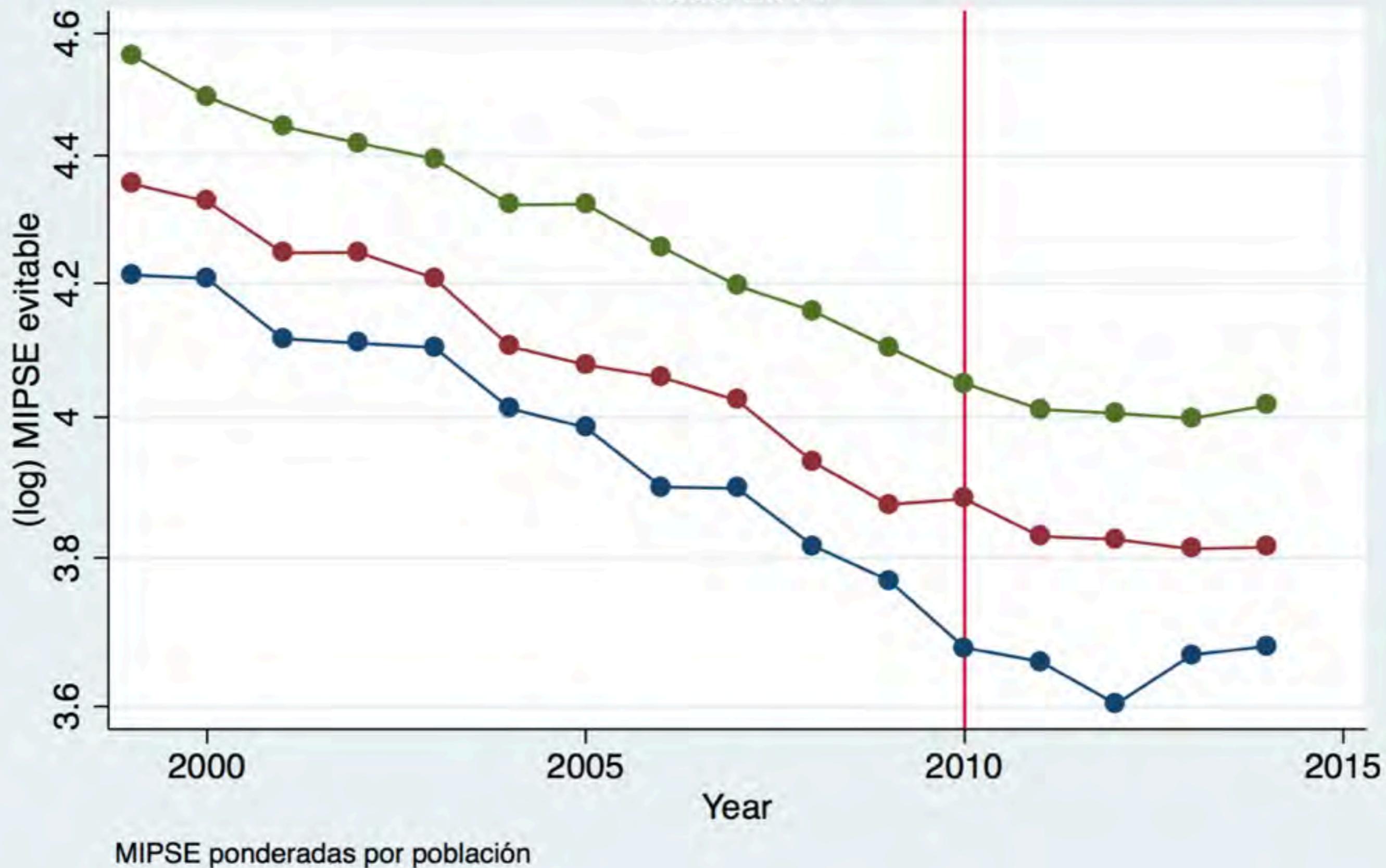
Efectos por la vía de los determinantes sociales de la salud, y no solo por los recortes en sanidad

MIPSE evitable y prevenible España

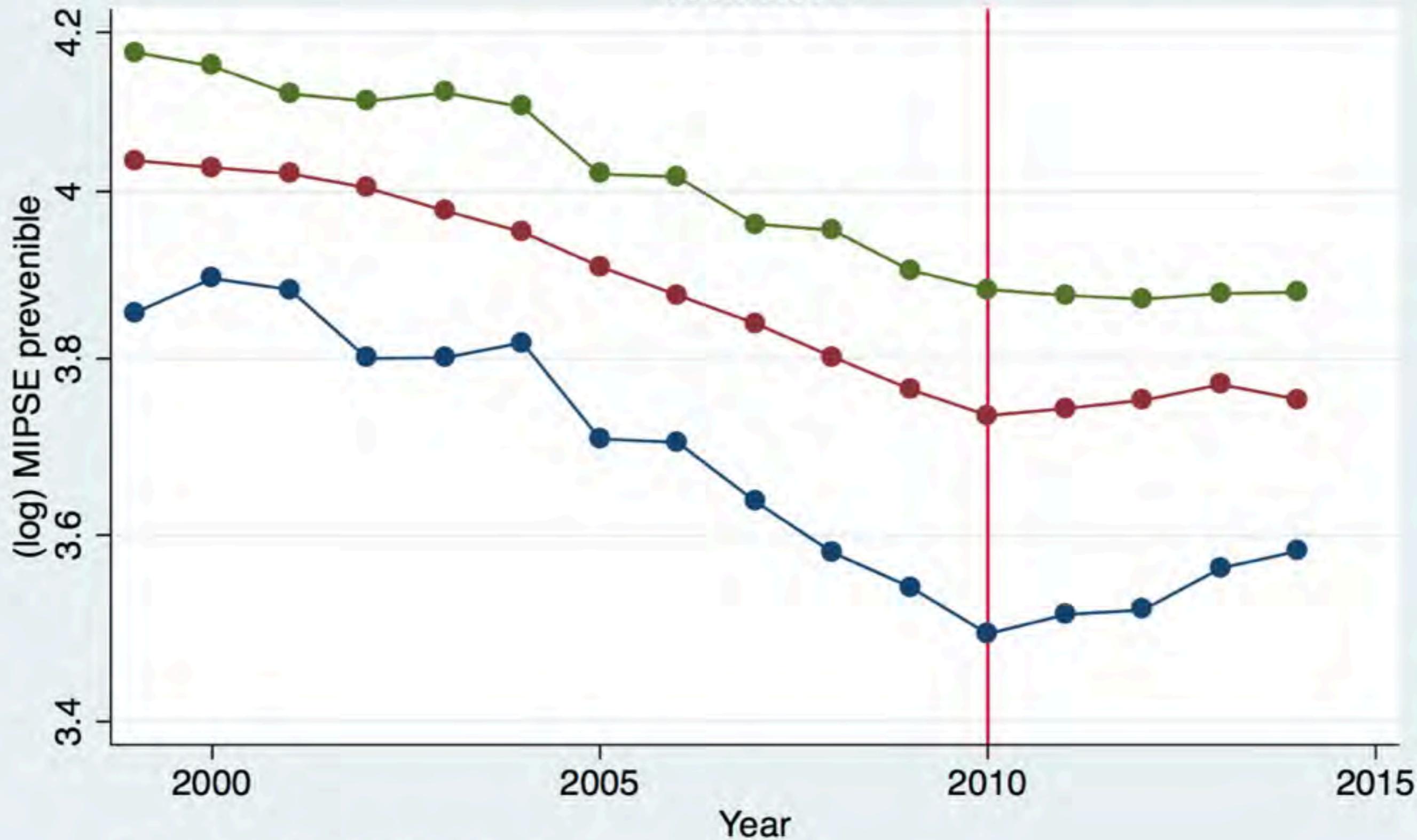


—●— Mortalidad evitable por el sistema sanitario —●— Mortalidad prevenible con políticas públicas
(log) tasas estandarizadas por 100.000 hab. Definiciones en Gispert et al. Gac Sanit. 2006;20(3):184-93

MIPSE evitable por el sistema sanitario. Cuartiles distribución municipal 1999-2014



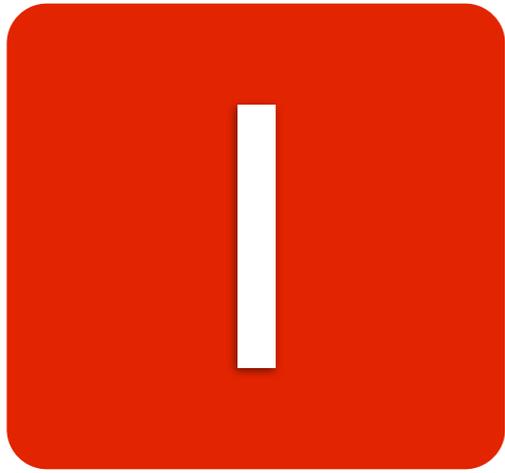
MIPSE prevenible políticas públicas. Cuartiles distribución municipal 1999-2014



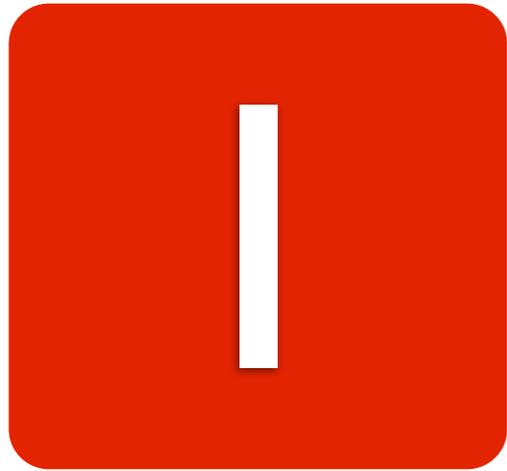
MIPSE ponderadas por población

Índice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión



Problema 1: Sobrecostes asociados a la descentralización
(duplicación/multiplicación de esfuerzos, no aprovechar economías de red y potencial de benchmarking,...)

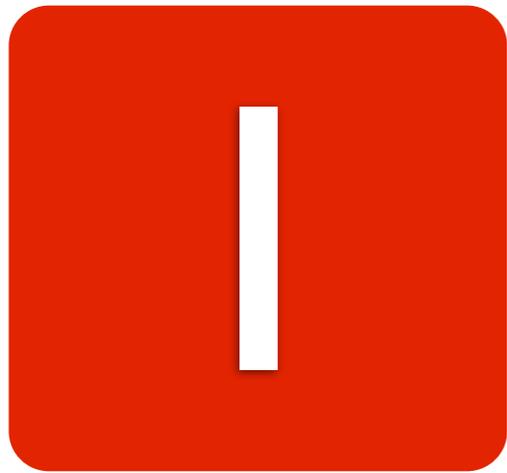


Aprovechemos las **ventajas** de la **descentralización** sanitaria: benchmarking, laboratorios de políticas, priorización diferencial según valores sociales,...

Requiere **transparencia** y buen gobierno

**España, gran riqueza
experimental**

**Experimentar sin evaluar es
un despilfarro**



Propuesta 1

Recuperar espacio para reglas del juego comunes del sistema

Objetivo: ganar eficiencia mediante coordinación/cooperación

- Interoperabilidad información clínica (HHCC. Big Data)
- Eficiencia por comparación (benchmarking) de buenas prácticas
- Mejorar la calidad del sistema (ej. eventos adversos; ej. vacunas)
- Hacer políticas de salud en el SNS (ej. plan calidad SNS)

Requiere:

- Cambios en arquitectura institucional y gobierno (CISNS)
- Financiación (fondos específicos)

2

Problema 2. Cobertura: la priorización es tácita, opaca, arbitraria, contingente a los intereses de los grupos de presión,...

Sálvese quien pueda. Riesgo de **siloficación** de las políticas y asignaciones presupuestarias

Prioridad (implícita) a sanidad sobre otras formas de producir salud; a medicamentos sobre otros inputs; a especializada sobre AP...: más de lo mismo

2

Necesitamos la cuarta barrera y cambiar la arquitectura institucional

España es una **excepción** en EUR-28 (15/13) y en EUR-15 (10/5)

¿Debemos seguir financiando públicamente tratamientos sanitarios a medio millón € por AVAC?

REVISIONES

**Eficiencia de tratamientos oncológicos
para tumores sólidos en España**
I. Oyangüez^{1*}, C. Frías², M. Á. Seguí³, M. Gómez-Barrera¹, M. Á. Casado¹ y M. Queralt Go¹Pharmacoeconomics and Outcomes Research Iberia, Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Parc Taulí, ³Servicio de Oncología, Hospital Parc Taulí, Sabadell.

La cooperación voluntaria entre centros asume funciones de evaluación económica de medicamentos hospitalarios [GENESIS]

**Compramos
AVACS muy
caros**

Tabla 4. Resultados de supervivencia y coste incrementales de los esquemas oncológicos respecto al comparador

Localización	Esquema	Comparador	Meses de SG incremental	Meses de SLP/TTP incremental	Coste incremental (€)	RCEI (€/mes de SG adicional)	RCEI (€/mes de SLP/TTP adicional)
1ª LÍNEA							
Cabeza y cuello	Cetuximab+platino+fluorouracilo ⁶⁷	Platino+fluorouracilo	2,7	2,3	14.849,60	5.499,85	6.456,35
Células renales	Bevacizumab+IFN alfa-2a ^{35,36}	Placebo+IFN alfa-2a	2,0	4,8	46.716,90	23.358,45	9.732,69
	Pazopanib ⁵²	Placebo	ND	8,3	20.512,40	ND	2.471,37
	Sunitinib ⁵⁰	IFN alfa-2a	4,6	6,0	32.832,41	7.137,48	5.472,07
	Temsirolimus ⁴²	IFN alfa-2a	3,6	1,9	12.608,62	3.502,39	6.636,11
Colorrectal	Bevacizumab+irinotecan+ fluorouracil +leucovorina ⁴³	Placebo+irinotecan+fluorouracil+leucovorin	4,7	4,4	22.123,98	4.707,23	5.028,18
	Bevacizumab+FOLFOX4 ⁵¹	FOLFOX4	0,9	0,8	12.846,27	14.273,63	16.057,84
	Cetuximab+FOLFIRI ⁵⁴	FOLFIRI	1,3	0,9	20.304,65	15.618,96	22.560,73
Adenocarcinoma gástrico	Trastuzumab+quimioterapia ²⁸	Quimioterapia	2,7	1,2	12.902,09	4.778,55	10.751,74
Carcinoma hepatocelular	Sorafenib ⁵⁷	Placebo	2,8	-0,8	18.832,37	6.725,85	NA
Mama	Bevacizumab+paclitaxel ⁵⁸	Paclitaxel	1,5	5,9	49.818,29	33.212,19	8.443,78
	Bevacizumab+capecitabina ⁵⁹	Placebo+capecitabina	ND	2,9	33.350,58	ND	11.500,20
	Lapatinib+letrozol ⁴⁴	Placebo+letrozol	1,0	5,2	22.544,99	22.544,99	4.335,58
	Trastuzumab+paclitaxel ⁶⁰	Paclitaxel	3,7	3,9	17.492,34	4.727,66	4.485,22
	Trastuzumab+anastrozol ⁴⁵	Anastrozol	4,6	2,4	12.471,01	2.699,35	5.173,75
	Doxorrubicina liposomal +ciclofosfamida ³¹	Epirubicina+ciclofosfamida	2,3	2,1	16.449,57	7.151,99	7.833,13
Páncreas	Erlotinib+gemcitabina ⁶¹	Placebo+gemcitabina	0,3	0,2	5.979,87	18.120,81	29.899,34
Pulmón	Bevacizumab+paclitaxel+carboplatino ⁶⁴	Paclitaxel+carboplatino	2,0	1,7	23.028,88	11.514,44	13.546,40
	Pemetrexed+cisplatino ⁶⁶	Cisplatino+gemcitabina	0,0	-0,3	8.9901,56	NA	NA
2ª LÍNEA							
Células renales	Everolimus+BSC ⁴⁹	Placebo+BSC	0,4	3,0	18.878,38	46.679,96	6.292,79
	Pazopanib ⁵²	Placebo	ND	3,2	20.512,40	ND	6.410,13
	Sorafenib ³⁷	Placebo	3,4	2,7	18.818,34	5.534,81	6.969,76
Colorrectal	Bevacizumab+FOLFOX4 ⁴⁰	FOLFOX4	2,1	2,6	22.102,63	10.525,06	8.501,01
	Cetuximab+irinotecan ³⁴	Cetuximab	1,7	2,6	9.339,57	5.493,86	3.592,14
	Cetuximab+BSC ⁴⁵	BSC	1,5	ND	6.894,66	4.596,44	ND

Mientras tanto....

Inicio | Foros | Zona Reservada

GENESIS



Grupo Genesis de la SEFH

- ◆ Grupo de trabajo
 - ◆ Presentación
 - ◆ Principios Básicos
 - ◆ Objetivos Generales
 - ◆ Objetivos Metodológicos
 - ◆ Grupo Coordinador
 - ◆ Grupo GENESIS 2006 - 16
 - ◆ Subgrupos GENESIS 2015
 - ◆ Cómo participar
- ◆ Bases Metodológicas
 - ◆ Modelos de Solicitud
 - ◆ Información Guía GINF
 - ◆ Modelo de Informe
 - ◆ Programa MADRE
 - ◆ Instrucciones de descarga
 - ◆ PNT informes compartidos
 - ◆ Intercambio Terapéutico
 - ◆ Entorno Virtual Compartido
- ◆ Informes Elaborados
 - ◆ Informes Hospitales
 - ◆ PIT
 - ◆ Medic. Homólogos
- ◆ Investigación

Grupo de Evaluación de Novedades, Estandarización e Investigación en Selección de Medicamentos

GRUPO DE TRABAJO SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACIA HOSPITALARIA

ÚLTIMAS ACTUALIZACIONES:

Informes con metodología programa MADRE, última modificación 1 de noviembre de 2016:

- ◆ Acceso a más de 1000 informes: [Enlace](#)

Informes centros de documentación, última modificación 6 de septiembre de 2016:

- ◆ Acceso a más de 900 informes: [Enlace](#)

Novedad, 26 de julio de 2016:

- ◆ Código ético del grupo GENESIS-SEFH. Junio de 2015: [Enlace](#)

Novedad, 11 de octubre de 2014:

- ◆ Publicación de la lista de comprobación para la evaluación crítica de comparaciones indirectas del grupo GENESIS. [Enlace](#)

Novedad, 18 de septiembre de 2014:

- ◆ Instrucciones y modelo de alegaciones para los informes compartidos GENESIS-SEFH. [Enlace](#)

Novedad, 4 de julio de 2014:

- ◆ Guía Metodológica de Intercambio Fármaco-Terapéutico (Guía GIFT versión 2.0, mayo 2014). [Enlace](#)

Novedad, 17 de julio de 2014:

- ◆ Aplicativo web (versión beta) del programa MADRE 4.0. [Enlace](#)



Hospitales que publican informes de nuevos fármacos en internet con página propia

- **Hospital General Universitario de Alicante** ([enlace](#)) ([enlace2006](#)) ([enlace 2010](#))
- **Hospital Universitari Son Espases (Antes H.U. Son Dureta)**. Palma de Mallorca ([enlace](#))
- **Institut Català d'Oncologia (ICO)**. Hospital Duran i Reynals. Hospitalet (Barcelona) ([enlace](#))
- **Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (Antes Juan Canalejo)**. La Coruña. ([enlace](#)) ([enlace 2011-pendiente-](#))
- **Hospital Universitario Reina Sofía**. Córdoba ([enlace](#))
- **Hospitales del Servicio Andaluz de Salud y Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria** ([enlace](#))

Nota: Desde Octubre 2006 se han incluido en la zona azul, los informes publicados por el SAS (Servicio Andaluz de Salud) y la SAFH (Sociedad Andaluza de Farmacia Hospitalaria), en el marco de colaboración para elaboración y mantenimiento de la Guía Farmacoterapéutica de Hospitales de Andalucía ([enlace](#)). Para la evaluación de dichos fármacos por parte del SAS-SAFH se emplea la metodología GENESIS ([enlace](#))

Hospitales que publican informes de nuevos fármacos en la página de GÉNESIS

- Hospital de Galdakao
- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid
- Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña
- Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona
- Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet. Barcelona
- Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real
- Hospital de Cabueñes. Asturias
- Hospital Morales Meseguer. Murcia
- Hospital Universitario de Puerto Real. Cádiz
- Hospital Universitario de Guadalajara. Guadalajara
- Hospital de Barcelona. Barcelona
- Hospital Miguel Servet. Zaragoza
- Hospital Central de la Defensa "Gómez Ulla". Madrid
- Corporació Salut Maresme i la Selva. Barcelona
- Hospital Universitario Ntra Sra de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife
- Hospital Universitario de Getafe. Getafe. Madrid
- **Hospital General Universitario de Elche**
- **Hospital General de Castellón**. Castellón de la Plana
- Hospital General de la Defensa de San Fernando. Madrid
- Hospital San Pedro. Logroño
- HRU Carlos Haya. Málaga
- Hospital del Henares. Coslada. Madrid
- **Hospital Universitario la Fé**. Valencia

2

Necesitamos la cuarta barrera y cambiar la arquitectura institucional

Necesidad de **institucionalizar** la **priorización** y decisiones de reembolso y cobertura con criterios de coste-efectividad

Incluye decisiones de copago

Antídoto contra el **cortoplacismo**, la improvisación y la “siloficación” de la sanidad

3

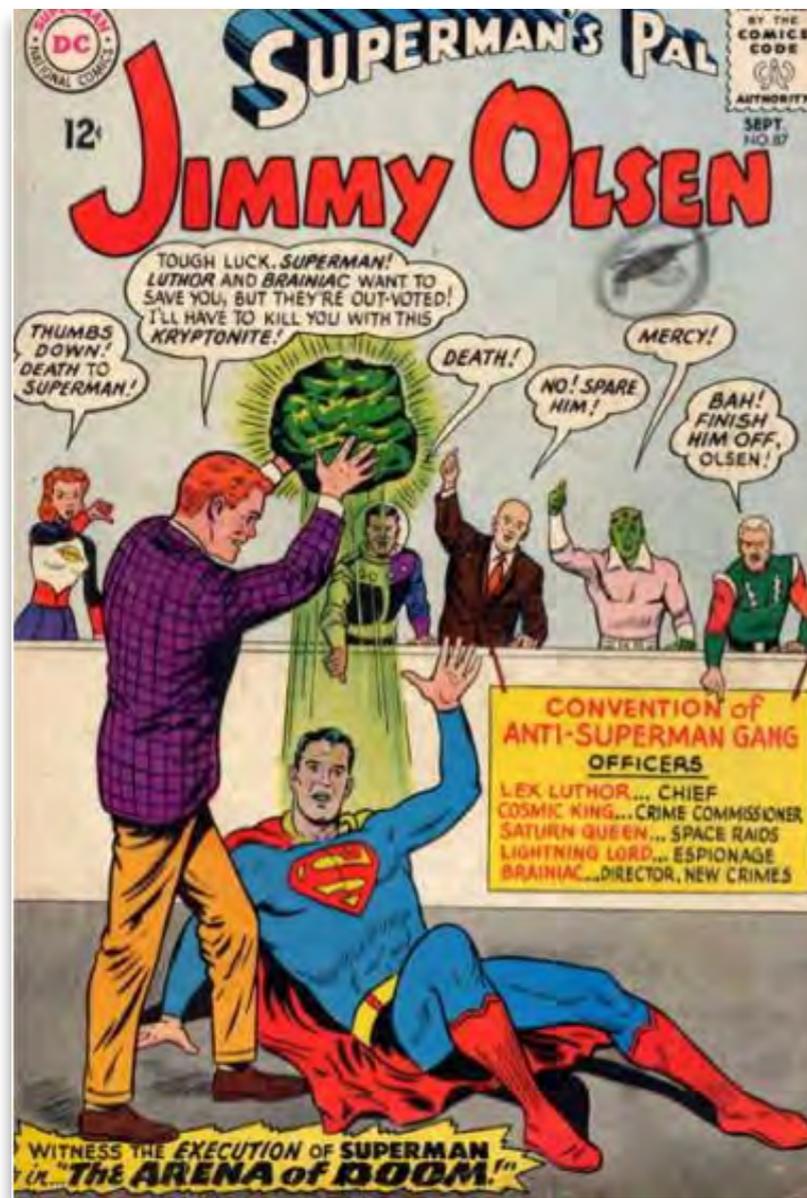
Problema 3. RRHH:

El estatuto-marco es un obstáculo a la gestión de RRHH, dualiza el empleo y dificulta el diseño eficiente de incentivos y el P4P

[Privatización]

La precariedad y temporalidad del trabajo profesional (sobre todo en AP) reducen la calidad de la atención

3



El capital más valioso del sistema es el humano

¿Sabotaje?

El exceso de temporalidad en la sanidad española incumple la norma de la UE

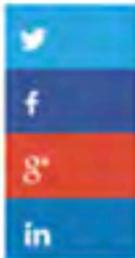
"La renovación de nombramientos de duración determinada genera una situación de precariedad", sentencia el Tribunal de Justicia de la UE



CRISTINA DELGADO 

Madrid - 15 SEP 2016 - 06:46 EDT

5 oct. 2016



POLÍTICA SANITARIA > Sanidad hoy

El Congreso exige a Sanidad una temporalidad inferior al 10% en el SNS

Contempla la conversión de todo contrato eventual que encadene más de 2 años de contratos

Jesús María Fernández, portavoz del PSOE en la Comisión de Sanidad del Congreso.



CARLOS CRISTÓBAL Miércoles, 05 de octubre de 2016, a las 14:20

No ha pasado ni un mes desde que el **Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE)** se pronunciara sobre el encadenamiento de contratos temporales, pero el **Congreso de los Diputados** ya se ha puesto en marcha para abordar este asunto en el ámbito sanitario. Así, la **Comisión de Empleo** celebrada este miércoles ha aprobado con el apoyo de Ciudadanos, PSOE, Unidos Podemos, PNV y Grupo Mixto una enmienda transaccional cuya mayor novedad reside en el objetivo de **reducir por debajo del 10 por ciento la tasa de temporalidad** en el sector antes de que finalice la legislatura.

EN PORTADA

La cumbre Sanidad-CCAA sobre temporalidad ya tiene fecha: 25 de octubre



¿Qui redacck

3

Propuesta 3

Poner rumbo hacia la desfuncionarización progresiva de los profesionales sanitarios, buscando un marco laboral compatible con el profesionalismo

Indice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión

4

El necesario nuevo profesionalismo, como base para reducir las actividades clínicas de bajo valor

¿Cuál crees que es el alcance de la *práctica de bajo valor* en el SNS?

[Un servicio puede ser de bajo valor para unos pacientes y de alto valor para otros (Chandra y Skinner tecnologías tipo II)]

Servicios para lo que hay alternativa menos costosa e igualmente efectiva (puede ser no hacer nada: 'watchful waiting')

[Del concepto a la lista, un reto]

4

El necesario nuevo profesionalismo, como base para reducir las actividades clínicas de bajo valor

En EEUU, el **30%** del gasto sanitario es *wasteful*. La mitad es atribuible a servicios de bajo valor y al uso ineficiente de la atención sanitaria ⁽¹⁾

Por eso, proliferan los planes de seguro con diseños basados en el valor (**V-BID**)⁽²⁾

(1) Smith, M., R. Saunders, L. Stuckhardt and J. M. McGinnis (2013). Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America, National Academies Press.

(2) Gruber et al "The Impact of Increased Cost-sharing on Utilization of Low Value Services: Evidence from the State of Oregon" NBER w22875, Dic. 2016

TABLE S-1 Estimated Sources of Excess Costs in Health Care (2009)

Category	Sources	Estimate of Excess Costs
Unnecessary Services	<ul style="list-style-type: none"> Overuse—beyond evidence-established levels Discretionary use beyond benchmarks Unnecessary choice of higher-cost services 	\$210 billion
Inefficiently Delivered Services	<ul style="list-style-type: none"> Mistakes—errors, preventable complications Care fragmentation Unnecessary use of higher-cost providers Operational inefficiencies at care delivery sites 	\$130 billion
Excess Administrative Costs	<ul style="list-style-type: none"> Insurance paperwork costs beyond benchmarks Insurers' administrative inefficiencies Inefficiencies due to care documentation requirements 	\$190 billion
Prices That Are Too High	<ul style="list-style-type: none"> Service prices beyond competitive benchmarks Product prices beyond competitive benchmarks 	\$105 billion
Missed Prevention Opportunities	<ul style="list-style-type: none"> Primary prevention Secondary prevention Tertiary prevention 	\$55 billion
Fraud	<ul style="list-style-type: none"> All sources—payers, clinicians, patients 	\$75 billion

SOURCE: Adapted with permission from IOM, 2010.



FIGURE S-2 Schematic of the health care system today.

Smith, M., R. Saunders, L. Stuckhardt and J. M. McGinnis (2013). Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America, National Academies Press.

4

El necesario nuevo profesionalismo, como base para reducir las actividades clínicas de bajo valor

Oregon, plan de seguro del estado (150.000 beneficiarios; educación)
Aumento del co-pago de 100\$ a 500\$ (46% a 159%) por uso de
procedimientos de bajo valor/con sobreutilización potencial

- Estudios del sueño
- Pruebas de diagnóstico por imagen
- Endoscopias digestivas altas
- Cirugía de espalda

Diseño DiD, seguimiento hasta 3 años de la implementación

Resultados: elasticidad-precio baja (-0.12) pero significativa

Reducción del uso del 7.7% (dx por imagen), 12% (endoscopias), 20%
(sueño; cirugía)

4

El necesario nuevo profesionalismo, como base para reducir las actividades clínicas de bajo valor

Los profesionales han de asumir protagonismo en la responsabilidad de definir la función de producción de salud, detectando prácticas no efectivas e implicándose en su erradicación

Ventaja adicional: configuración supraregional

La “desinversión” productiva es posible desde la **(gestión) clínica**

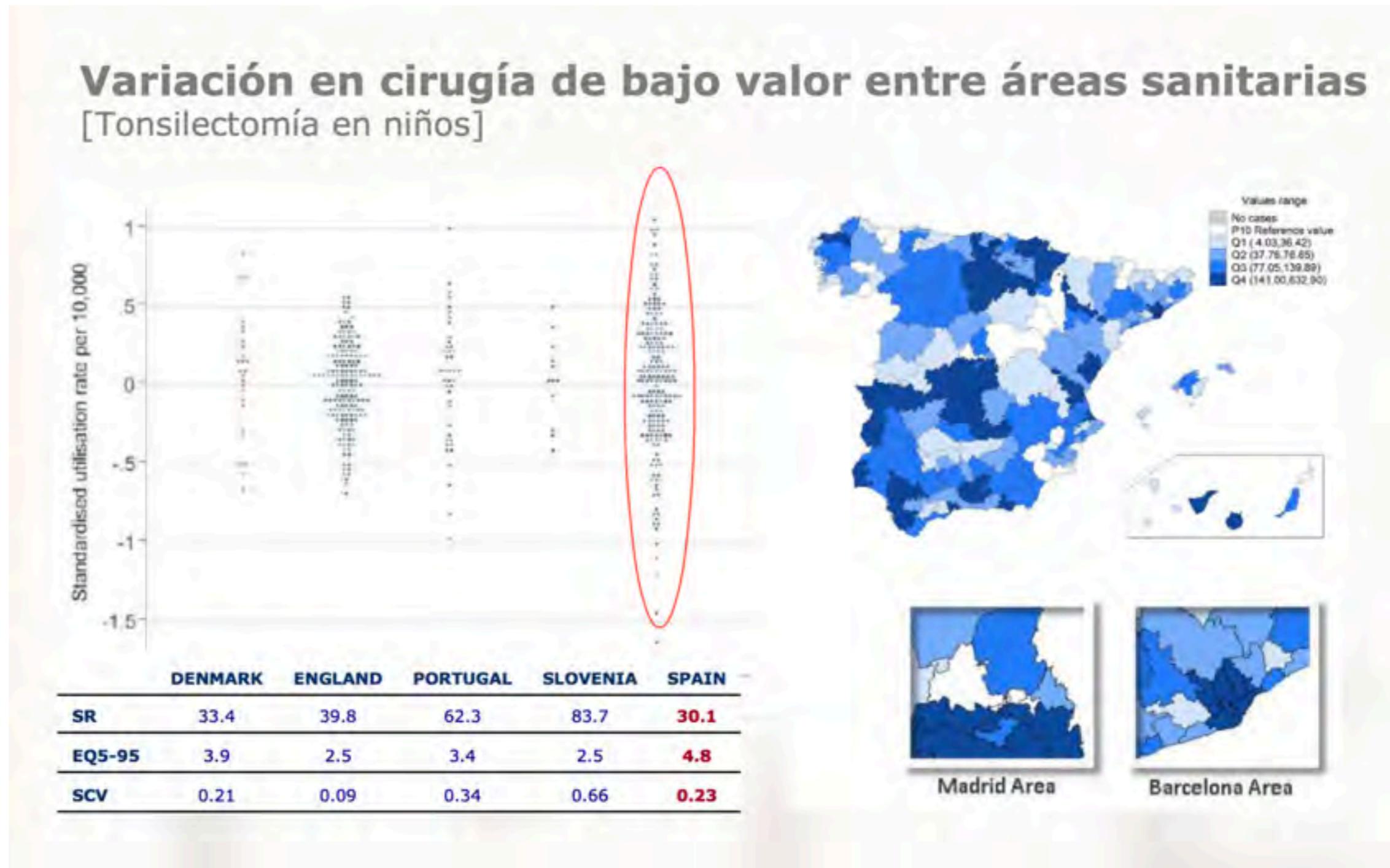
Guías para desinvertir...

“Not to do”, “Choosing Wisely”,...

Experiencias prometedoras, también en España

Abordaje: sólo con Liderazgo Clínico

Hay evidencia



Abordaje: sólo con Liderazgo Clínico

Variaciones en artroplastia de cadera y rodilla

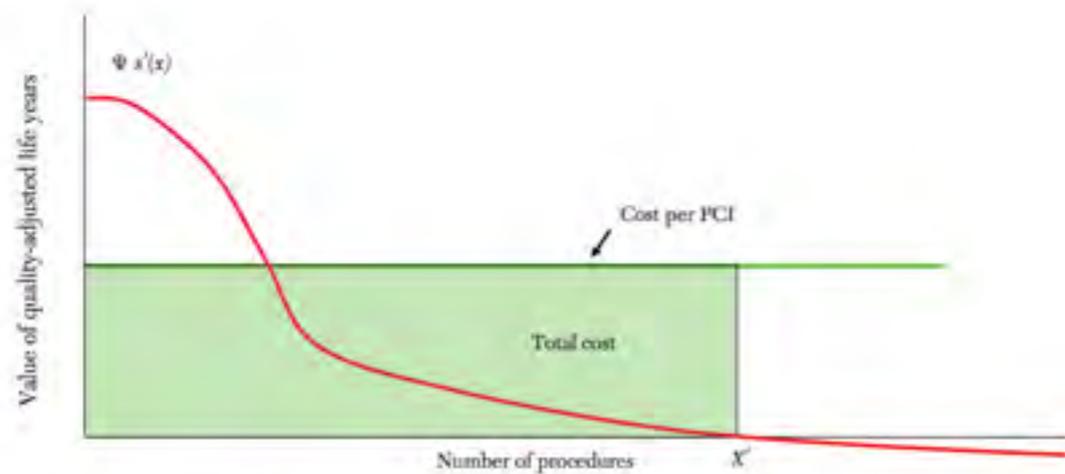
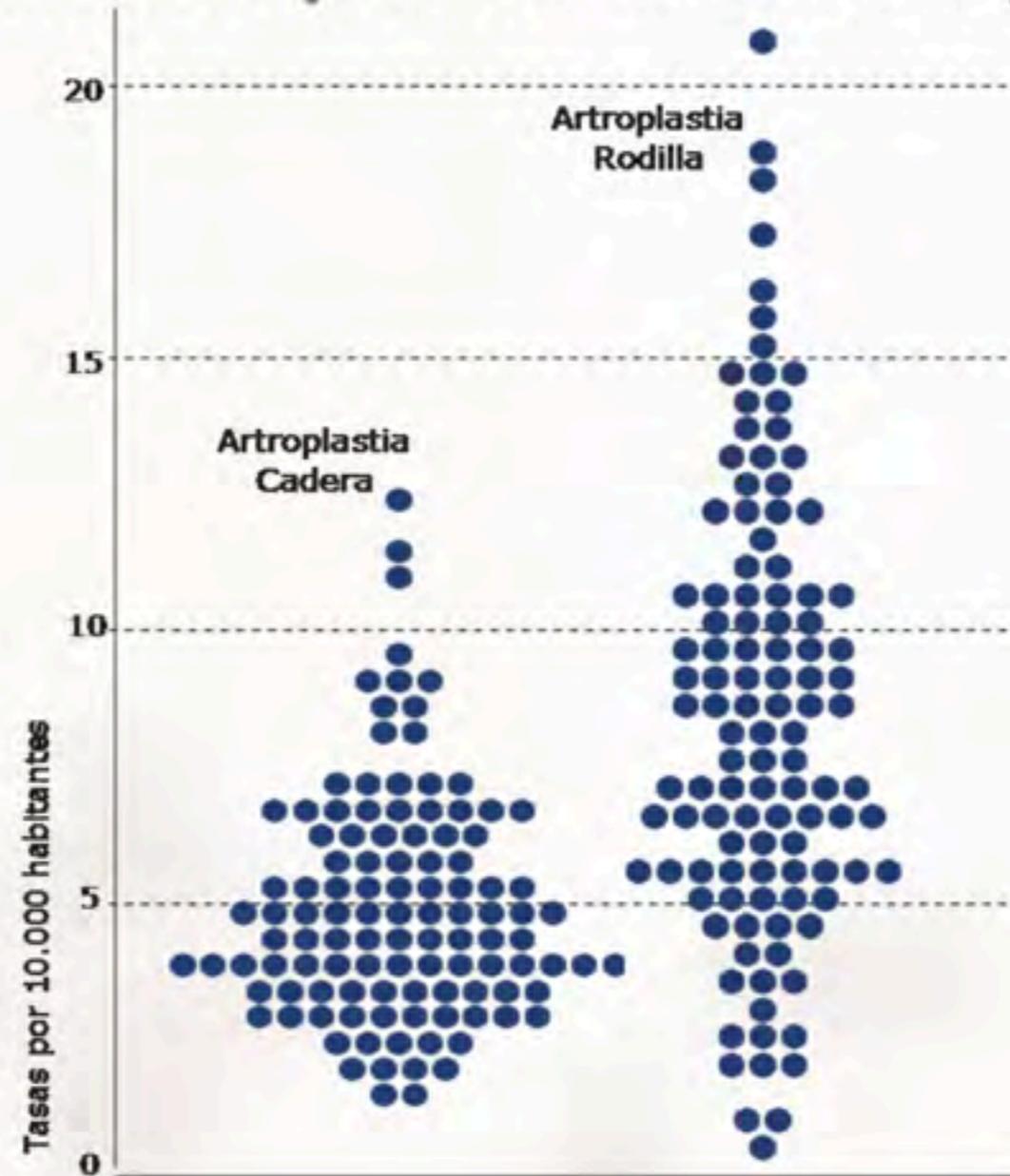


Figure 5. Benefits (area under the curve) and Costs of Category II Innovation

Note: The vertical axis is scaled to reflect a constant value per quality-adjusted live year (e.g., \$100,000 per life year).



[Visitas domiciliarias médicos de AP]

País	Número de visitas domiciliarias semanales
Bélgica	44
Alemania	34
Austria	28
Francia	27
España	2.3

Theile, G., Kruschinski, C., Buck, M., Müller, C. A., & Hummers-Pradier, E. (2011). Home visits-central to primary care, tradition or an obligation? A qualitative study. *BMC family practice*, 12(1), 24.

Boerma, W. G., & Groenewegen, P. P. (2001). GP home visiting in 18 European countries Adding the role of health system features. *The European Journal of General Practice*, 7(4), 132-137

MSSSI Sistema de Información AP

POLÍTICA Y SOCIEDAD

JORNADA 'DECISIONES ÉTICAS AL FINAL DE LA VIDA' DE LA OMC

Más de 20.000 personas mueren en España al año sin acceder a sedación paliativa pese a precisarla



JOSÉ MANUEL LOZANO — MADRID 14 OCT, 2016 - 6:01 PM

Crónica de una muerte anunciada

En España (2014), el % **74.4%** de los fallecidos ha muerto en el hospital
73.5% de los fallecidos por cancer

Modelo logístico multinivel (municipio de residencia) para morir en casa de cancer (n=83.523 personas con información sobre municipio de residencia)

Log likelihood = -44340.194 Wald chi2(8) = 1813.82
 Prob > chi2 = 0.0000

muerecasa	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
edad_def	-.0349663	.0048351	-7.23	0.000	-.044443	-.0254897
edad_def2	.0004249	.0000349	12.19	0.000	.0003566	.0004932
1.est_sup	.2907665	.0243747	11.93	0.000	.2429929	.33854
eciv						
2	.3353263	.0314342	10.67	0.000	.2737164	.3969362
3	.178606	.0342909	5.21	0.000	.1113971	.2458149
4	-.0262578	.0496635	-0.53	0.597	-.1235965	.0710809
6.sexo	.1496232	.018274	8.19	0.000	.1138068	.1854396
cancer_hemat	-.4418553	.0346103	-12.77	0.000	-.5096903	-.3740204
_cons	-1.121726	.164486	-6.82	0.000	-1.444113	-.7993398

mun_re						
var(_cons)	.3703537	.0254102			.323754	.4236607

LR test vs. logistic regression: $\chi^2(1) = 3198.86$ Prob>=chi2 = 0.0000

Gradiente significativo por nivel educativo (RR=1.34)

Enorme variaciones entre municipios (Median Odd Ratio=1.78)

Índice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión

5

El enorme potencial de los cambios organizativos para mejorar la eficiencia

Integración

Gestión clínica

Estrategias de cronicidad

5

El enorme potencial de los cambios organizativos para mejorar la eficiencia

La integración, potente antídoto

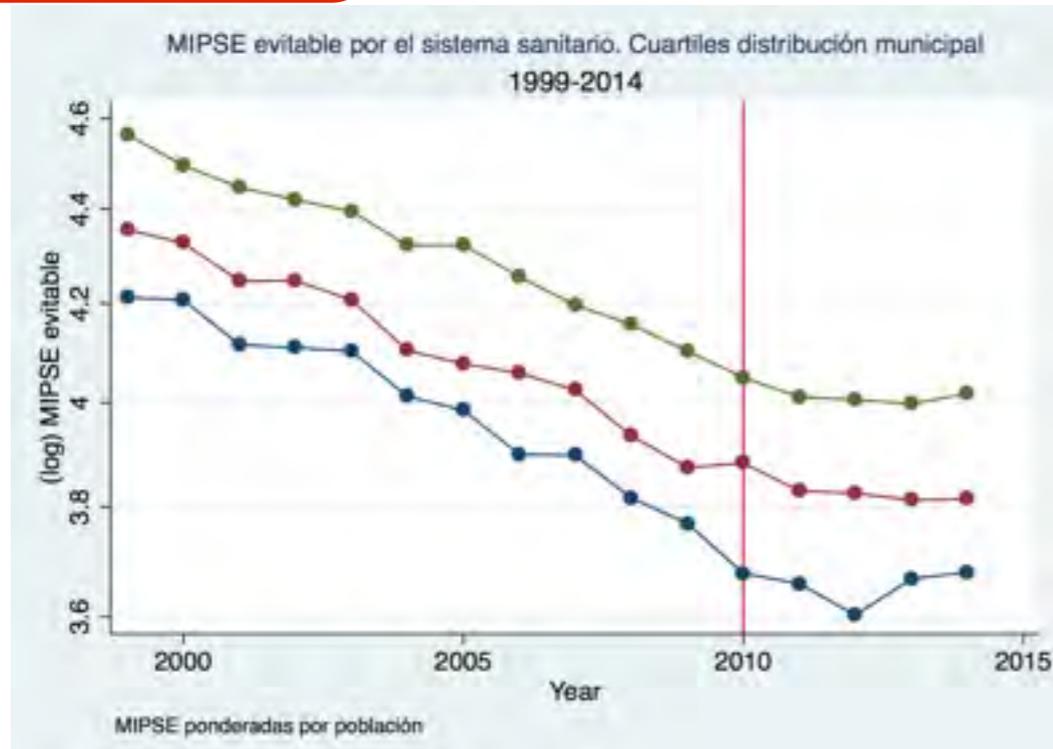
Fragmentación asistencial: las **lógicas** de la **mesoeficiencia** son compatibles con (pueden llevar a) la **ineficiencia** global

La integración clínica, virtual o jurídica, aprovecha **economías de escala**, de **alcance** y de **red**

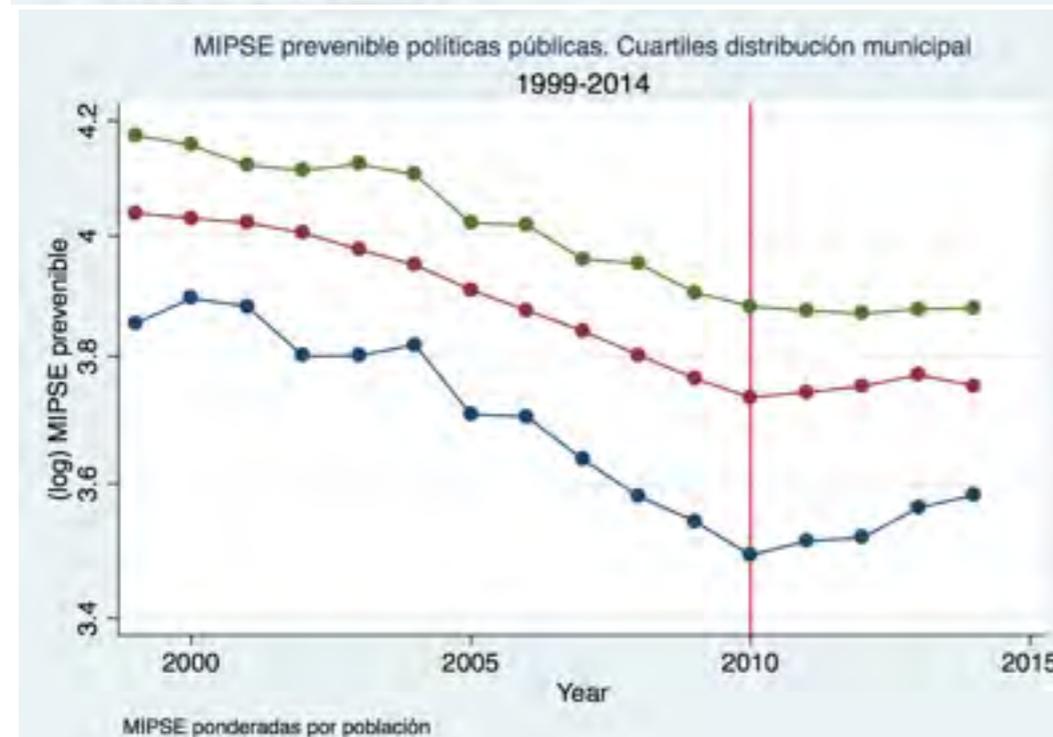
No hay integración sin fórmula de **financiación**
[riesgos compartidos]

6

Salud en Todas las Políticas



Planes de Salud Intergubernamentales (Se “produce” salud desde departamentos de urbanismo, empleo, medio ambiente, interior, transporte,...)



7

Configuración de la oferta: la calidad de la atención (outcomes) requiere recentralización de algunos servicios

El tamaño sí importa.....

7

Tasas de mortalidad ajustadas por riesgo para distintos cánceres. Comparación por complejidad de hospitales

Tumor	< 500 camas	> 500 camas e institutos oncológicos	p
Esófago	21,5%	20,9%	,007
Colon	25,2%	22,5%	<0,001
Recto y ano	22,9%	20,3%	<0,001
Hígado y canal <u>intrahepático</u>	18,7%	13,9%	<0,001
Vesícula y vías biliares	23,9%	23,5%	,003
Páncreas	26,2%	25,6%	,003
Tráquea, bronquio y pulmón	27,9%	26,5%	<0,001
Mama	30%	23,1%	<0,001
Próstata	27,9%	17,7%	<0,001

Fuente: Pilar Garrido en XII Reunion Científica de ETS y Efectividad Comparada, 2016.

Abstract

KE K.M., HOLLINGWORTH W. & NESS A.R. (2012) *European Journal of Cancer Care* 21, 158–168

The costs of centralisation: a systematic review of the economic impact of the centralisation of cancer services

While evidence suggests that within specific cancer sites centralisation of services improves outcomes and quality of care, the economic impact of centralisation is unclear. This systematic review identified 19 studies that have investigated whether or not the centralisation of cancer services results in economies of scale, or is cost-effective, or increases the costs of accessing care for patients and their carers. Evidence from 13 studies suggests that increasing surgeon volumes are associated with cost reductions, although one study suggested that this relationship is U-shaped and the evidence is not consistent for hospital volumes and costs. Only one study demonstrated that centralisation was cost-effective with an incremental cost utility ratio of \$5029 (€3616) per quality-adjusted life year gained. Consistent evidence from four studies suggested that centralised services increase the costs of accessing care for patients and their carers. Current evidence on the economic impact of centralisation of cancer services is limited and of poor quality. Therefore, it remains unclear whether centralisation results in economies of scale and is cost-effective. Future research should be based on a clear definition of the different components of centralisation in order to determine which aspects of centralisation are efficient and for which cancer subgroups.

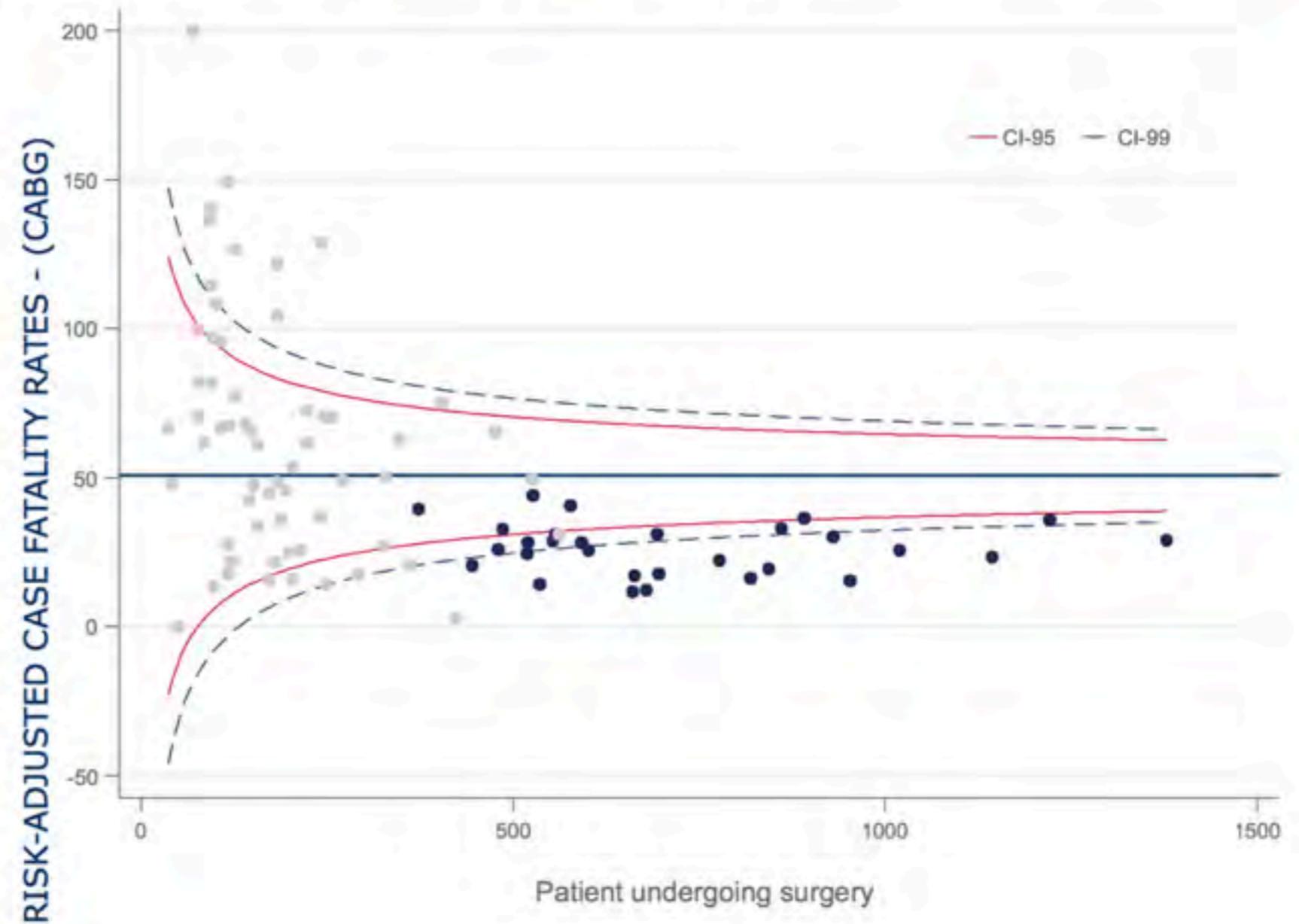
Quizá no reduzca costes sociales, pero mejora la eficiencia por el denominador

7

[Hay que concentrar servicios]

Importa cómo organizamos los servicios

[Mortalidad después de by-pass coronario]



Hospital Surgical Volumes and Mortality after Coronary Artery Bypass Grafting: Using International Comparisons to Determine a Safe Threshold

Nils Gutacker, Karen Bloor, Richard Cookson, Chris P. Gale, Alan Maynard, Domenico Pagano, José Pomar, and Enrique Bernal-Delgado as part of the ECHO collaboration

Objective. To estimate a safe minimum hospital volume for hospitals performing coronary artery bypass graft (CABG) surgery.

Data Source. Hospital data on all publicly funded CABG in five European countries, 2007–2009 (106,149 patients).

Design. Hierarchical logistic regression models to estimate the relationship between hospital volume and mortality, allowing for case mix. Segmented regression analysis to estimate a threshold.

Findings. The 30-day in-hospital mortality rate was 3.0 percent overall, 5.2 percent (95 percent CI: 4.0–6.4) in low-volume hospitals, and 2.1 percent (95 percent CI: 1.8–2.3) in high-volume hospitals. There is a significant curvilinear relationship between volume and mortality, flatter above 415 cases per hospital per year.

Conclusions. There is a clear relationship between hospital CABG volume and mortality in Europe, implying a “safe” threshold volume of 415 cases per year.

Key Words. Coronary artery bypass surgery, center-volume, mortality, international comparisons

Umbral:
415 casos por
hospital y año

Índice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión

8

Gestión Clínica implica asumir riesgo

A **todos** los agentes del sistema

Pago a profesionales y hospitales (*¿desfuncionarización?*)

Contratos de riesgo compartido con la industria

Co-responsabilización de los pacientes

Revisar los incentivos en AP y OSI: ¿pago capitolativo?; pagar por indicadores de salud/calidad

R
e
v
i
s
a
r

I
n
c
e
n
t
i
v
o
s

8

Terminar con la Medicina Centrada en el Paciente

ESPAÑA ECUADOR

redacción médica

15 de octubre de 2016 | Actualizado:
Viernes a las 18:40

HEMEROTECA
Buscar en Re

INICIO POLÍTICA SANITARIA CONOCIMIENTO EMPRESAS ESPACIO SOCIOSANITARIO

AUTONOMÍAS **OPINIÓN** LA REVISTA

POLÍTICA SANITARIA > Medicina

Propuesta legal para que los gerentes no puedan convocar plazas para amigos

El sindicato quiere modificar la normativa para evitar las contrataciones bajo criterios

Tomás Toranzo, presidente de CESM, junto a Francisco Miralles, secretario general del sindicato.



LAURA DÍEZ | Viernes, 14 de octubre de 2016, a las 14:30

Que la temporalidad es un problema en el empleo sanitario lo ha admitido hasta la propia responsable en funciones de Sanidad. Precisamente para intentar luchar contra ese problema, desde la Confederación Estatal de Sindicatos de Médicos (CESM) han puesto en marcha un grupo de trabajo que limite las plazas por perfil, unos **puestos específicos** que se utilizan para contratar profesionales bajo criterios totalmente discrecionales.

"Se trata de establecer unos criterios mínimos para cuando sea necesario contratar con determinadas características. Esto es una respuesta a la contratación temporal, para la que se exigen perfiles con total discrecionalidad, unas características que **no pueden estar sujetas a los caprichos de los gerentes** o a criterios de amiguismos, etc. A veces se piden cosas peregrinas, y lo que tiene que regir esta contratación son los principios de igualdad, mérito y capacidad", explica a *Redacción Médica* **Tomás toranzo**, presidente de CESM.

Según su explicación, en ocasiones se dan casos en los que, para cubrir una determinada plaza, se **exigen requisitos que tienen más que ver con la persona pensada** para cubrirlo que con el puesto en sí, como pedir cierto curso en determinado centro o cierta experiencia profesional con la que sí cuenta el candidato que se quiere contratar. Por eso quieren que para cada plaza existan unos criterios homogéneos a nivel nacional que eviten estas subjetividades.

EN PORTADA

Zytiga ofrece buena tolerancia en cáncer de próstata en periodos largos 

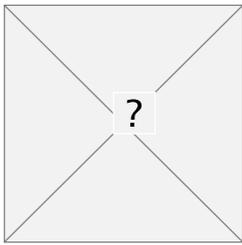
El Supremo condena a un psiquiatra por un falso diagnóstico 

Los **incentivos** de las partes no están bien alineados ni son compatibles con los del conjunto

1. **Profesionales: Pago** por salario, con retribución variable muy escasa (P4P limitado). Dislexia: profesionalismo clínico pero no económico
2. La visualización de los beneficios monetarios de las prácticas clínicas y profesionales es borrosa. Todos ignoran la **apropiación privada de excedentes** (baja productividad, práctica privada en centros públicos). Debate sobre privatización muy ideologizado pero.... ¿qué mayor privatización que la de la *plaza “en propiedad”*?
3. La **formación/información** de los profesionales, todavía (bastante) **a cargo de la industria**
4. **Pacientes:** Se impone el **discurso liberal** (libre elección del usuario, empoderamiento) pero no responsabilidad de los ciudadanos sobre su propia salud

Índice

1. Contexto. ¿Qué hay detrás de la crisis?
2. Reformas macro. Estado y cooperación entre CCAA
3. El necesario nuevo profesionalismo
4. Políticas de salud en las CCAA
5. Mesogestión y gestión clínica
6. Conclusión



- 1. Tendencia al aumento de la financiación privada de la sanidad y riesgo de dualización a lo Latinoamericano
- 2. Mejorar la eficiencia del sistema es posible con reformas a los distintos niveles
- 3. Los cambios regulatorios y de arquitectura institucional a nivel estatal son necesarios pero difíciles: recuperar fondos específicos para hacer políticas de salud; cuarta barrera e HispaNice; regular la desfuncionarización progresiva de los profesionales
- 4. Es necesario el nuevo profesionalismo como protagonista activo del cambio de la función de producción de salud hacia una medicina de mayor valor
- 5. Los grandes éxitos en reducción de costes vendrán de reformas organizativas (estrategias de cronicidad, integración, gestión clínica) y de cambios de incentivos (que requieren a su vez cambios en la financiación)
- 6. Algunos servicios deberían ser recentralizados para mejorar la calidad clínica
- 7. Las políticas de salud de las CCAA son más que políticas sanitarias (STP)

beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es

