

# Los sistemas de financiación y la equidad en la incorporación de las tecnologías sanitarias al SNS

Rosa Urbanos

Universidad Complutense

# Regulación:

## ■ R.D. de Cartera de servicios (2006)

2. Para incorporar nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos a la cartera de servicios comunes o excluir los ya existentes, será necesaria su evaluación por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través de la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias del Instituto de Salud Carlos III en colaboración con otros órganos evaluadores propuestos por las comunidades autónomas.

3. El procedimiento de evaluación para la actualización de la cartera de servicios comunes, se aplicará a las técnicas, tecnologías o procedimientos relevantes, que son aquellos que reúnen, al menos, una de las siguientes características:

a) Representar una aportación sustancialmente novedosa a la prevención, al diagnóstico, a la terapéutica, a la rehabilitación, a la mejora de la esperanza de vida o a la eliminación del dolor y el sufrimiento.

b) Ser nuevas indicaciones de equipos o productos ya existentes.

c) Requerir para su aplicación nuevos equipos específicos.

d) Modificar de modo significativo las formas o sistemas organizativos de atención a los pacientes.

e) Afectar a amplios sectores de población o a grupos de riesgo.

f) Suponer un impacto económico significativo en el Sistema Nacional de Salud.

g) Suponer un riesgo para los usuarios o profesionales sanitarios o el medio ambiente.

# Regulación:

- Orden SCO/3422/2007 por la que se desarrolla el procedimiento de actualización

8. Los informes resultantes deberán recoger los resultados de la valoración que se haya realizado sobre la seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad y utilidad sanitaria de la técnica, tecnología o procedimiento, así como las repercusiones éticas, legales, sociales, organizativas y económicas de su implantación, la comparación de su utilidad respecto a otras técnicas, tecnologías o procedimientos disponibles y, si procede, recomendaciones sobre las condiciones más idóneas para aplicar esta técnica, tecnología o procedimiento.

# ¿Es la norma un incentivo suficiente?



ASOCIACION  
DE ECONOMIA  
DE LA SALUD

POSICIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD EN 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.

## ¿Cuáles son los principales retos que debe afrontar la evaluación económica?

Un lugar común de decisores públicos y economistas de la salud es la todavía escasa utilización de la evaluación económica en España. Más allá de sus limitaciones técnicas<sup>4</sup>, sería necesario afrontar algunos retos: 1) la evaluación económica debería realizarse de forma concurrente con el análisis de impacto presupuestario [véanse las experiencias de Australia, Reino Unido y Holanda]<sup>5,6</sup>; 2) la imposibilidad general de realizar evaluación económica “a tiempo” exige la incorporación de mecanismos varios como el *horizon scanning* o la suscripción de contratos de riesgo compartido (cobertura condicionada a la posterior evaluación con datos de la práctica clínica habitual); 3) aunque los Años de Vida Ajustados por Calidad resultan una medida de resultado de gran interés para la planificación de adopción de nuevas intervenciones, sería preciso utilizar otras medidas que recojan importantes “consecuencias” de la atención de salud,<sup>7</sup> medidas más familiares, y aceptables socialmente, para quienes toman las decisiones, que pueden no corresponder con los valores sociales dominantes<sup>8</sup>.



ASOCIACIÓN  
DE ECONOMÍA  
DE LA SALUD

POSICIÓN DE LA ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD EN 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.

### ***Barreras a la aceptación en España de los EETS como herramienta para apoyar las decisiones sanitarias***

Pese al incipiente interés institucional, existen barreras de distinta naturaleza que impiden que los agentes del sector sanitario utilicen la información procedente de evaluaciones económicas. Entre las barreras encontradas destacan: a) la falta de credibilidad y utilidad práctica de este tipo de estudios; b) su nula comprensión, salvo para un reducido número de agentes; c) la –a menudo– incorrecta asociación de evaluación económica con contención de costes; y d) finalmente, el desinterés por el criterio de eficiencia en la *microgestión*.

A estos problemas hay que añadir que la escasez de datos de calidad para realizar EETS, tanto en España como en otros países, representa una dificultad prevalente en la evaluación económica<sup>19</sup>.

# La no consideración de la equidad, ¿barrera para aceptar los estudios de evaluación?

International Journal of Technology Assessment in Health Care, 22:1 (2006), 1–9.  
Copyright © 2006 Cambridge University Press. Printed in the U.S.A.

## **Equity–efficiency trade-offs in health technology assessment**

**Alan H. Williams**

*University of York*

**Richard A. Cookson**

*University of York and University of East Anglia*

# Y volviendo a la normativa...

- De nuevo el R.D. de Cartera de servicios (2006)

2. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos en el artículo 5, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

- ¿Todos por igual?

# Desigualdades territoriales en la oferta de alta tecnología

Aparatos de tomografía axial computarizada (TAC) en funcionamiento por 100.000 hab.									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Andalucía	0,92	0,99	0,99	0,99	1,02	1,1	1,14	1,2	
Aragón	1	1,33	1,41	1,48	1,47	1,45	1,44	1,42	
Asturias	1,31	1,5	1,59	1,69	1,6	1,51	1,51	1,51	
Baleares	2,09	2,03	1,97	2,02	2,28	1,9	1,75	1,8	
Canarias	1,38	1,28	1,42	1,33	1,24	1,27	1,29	1,37	
Cantabria	0,94	0,93	1,12	1,11	1,1	1,09	1,08	1,25	
Castilla y León	1,01	1,13	1,22	1,09	1,13	1,09	1,09	1,09	
Castilla - La Mancha	0,75	0,86	0,97	1,12	1,21	1,25	1,28	1,31	
Cataluña	1,01	1,13	1,01	1,18	1,15	1,13	1,06	1,11	
Comunidad Valenciana	1,07	1,23	1,18	1,3	1,33	1,39	1,35	1,36	
Extremadura	0,75	0,94	1,22	1,6	1,5	1,4	1,5	1,31	
Galicia	1,33	1,44	1,48	1,59	1,62	1,73	1,77	1,73	
Madrid	1,22	1,24	1,19	1,18	1,22	1,28	1,26	1,25	
Murcia	0,87	1,2	1,01	1,06	1,12	1,16	1,37	1,33	
Navarra	1,46	1,45	1,44	1,42	1,58	1,56	1,54	1,52	
País Vasco	1,11	1,2	1,2	1,24	1,29	1,28	1,28	1,46	
La Rioja	0,75	0,74	1,09	1,07	1,05	1,37	1,34	0,99	
<b>Coeficiente Variación</b>	0,3006	0,2476	0,2063	0,2103	0,2306	0,1696	0,1563	0,1567	
<b>Max/min</b>	2,79	2,74	2,03	2,04	2,24	1,74	1,67	1,82	

Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario e Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

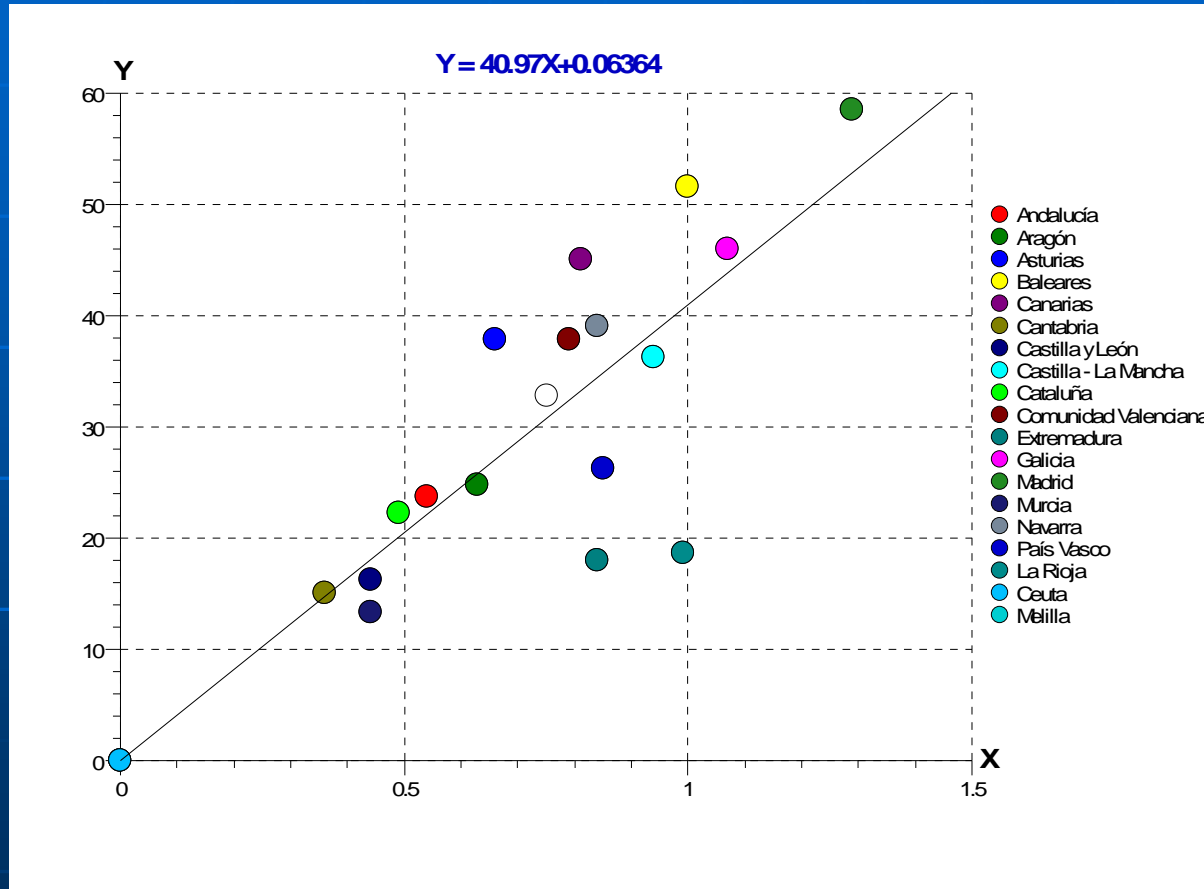


# Desigualdades territoriales en la oferta de alta tecnología

Aparatos de resonancia magnética nuclear (RMN) por 100.000 hab.									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Andalucía	0,15	0,17	0,19	0,27	0,37	0,48	0,5	0,54	
Aragón	0,41	0,5	0,58	0,57	0,57	0,56	0,56	0,63	
Asturias	0,28	0,47	0,47	0,56	0,66	0,66	0,66	0,66	
Baleares	0,74	0,95	0,92	1,12	1,19	1,05	1,03	1	
Canarias	0,24	0,23	0,51	0,61	0,65	0,74	0,72	0,81	
Cantabria	0,37	0,37	0,56	0,55	0,55	0,54	0,54	0,36	
Castilla y León	0,2	0,36	0,32	0,32	0,32	0,28	0,36	0,44	
Castilla - La Mancha	0,28	0,34	0,39	0,5	0,71	0,76	0,91	0,94	
Cataluña	0,38	0,44	0,41	0,49	0,51	0,53	0,54	0,49	
Comunidad Valenciana	0,32	0,39	0,33	0,54	0,62	0,62	0,68	0,79	
Extremadura	0,09	0,09	0,18	0,28	0,37	0,56	0,84	0,84	
Galicia	0,55	0,63	0,66	0,85	0,81	0,88	1,03	1,07	
Madrid	0,71	0,82	0,8	0,89	1,01	1,05	1,16	1,29	
Murcia	0,26	0,34	0,33	0,41	0,32	0,31	0,46	0,44	
Navarra	0,55	0,72	0,72	0,89	0,87	0,86	0,86	0,84	
País Vasco	0,38	0,53	0,52	0,52	0,52	0,61	0,62	0,85	
La Rioja	0	0,37	0,36	0,35	0,7	1,02	1,34	0,99	
<b>Coeficiente Variación</b>	<b>0,5802</b>	<b>0,4944</b>	<b>0,4237</b>	<b>0,4178</b>	<b>0,3801</b>	<b>0,3480</b>	<b>0,3592</b>	<b>0,3366</b>	
<b>Max/min</b>	<b>4,93</b>	<b>10,56</b>	<b>5,11</b>	<b>4,15</b>	<b>3,72</b>	<b>3,75</b>	<b>3,72</b>	<b>3,58</b>	

Fuente: Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario e Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

# La oferta altera la indicación:

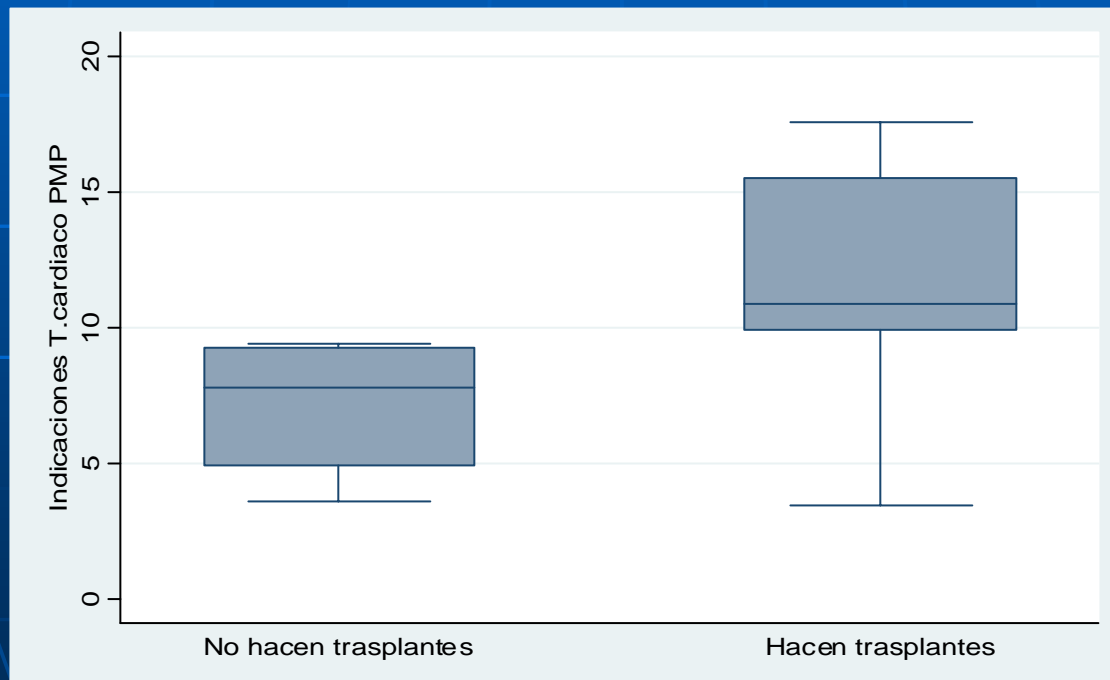


X: Aparatos de RMN por 100.000 habitantes (2006)  
Y: Tasas de uso de RMN por 1.000 habitantes (2006)  
Correlación: 0,853

Fuente: Indicadores clave del SNS. Ministerio de Sanidad y Política Social.

# La oferta altera la indicación

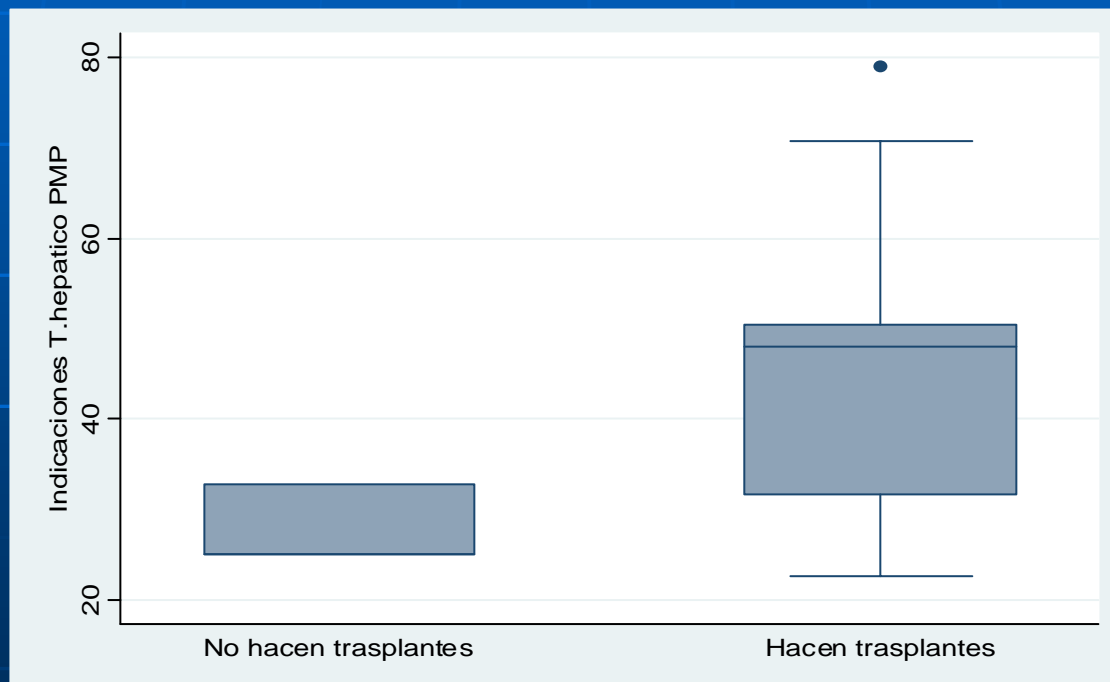
Indicaciones de trasplantes cardíacos por CC.AA. según tecnología de trasplante (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ONT.

# La oferta altera la indicación

Indicaciones de trasplantes hepáticos por CC.AA. según tecnología de trasplante (2008)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la ONT.

- ¿Son estas diferencias inequitativas?
  - ¿Todas ellas?
- ¿Cómo afectan a la calidad de la asistencia prestada?
- ¿Cuál es su impacto en salud?
- Si queremos reducirlas, ¿cómo hacerlo?
  - Con incentivos financieros específicos desde la Administración Central
  - Con indicadores de seguimiento que sirvan para premiar o penalizar