

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: lezcanogort@gmail.com (L.E. Lezcano Gort).

On-line el 18 de julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Lezcano Gort LE, Romani SA, Rodríguez Carreras CR. Disección coronaria espontánea multivaso en el puerperio. Rev Esp Cardiol. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2015.12.027>
2. Saw J, Aymond E, Mancini GB, Sedlak T, Starovoytov A, Ricci D. Nonatherosclerotic coronary artery disease in young women. Can J Cardiol. 2014;30:814-9.

3. Alfonso F, Paulo M, Dutary J. Endovascular imaging of angiographically invisible spontaneous coronary artery dissection. JACC Cardiovasc Interv. 2012;5:452-3.
4. Ortas-Nadal MR, Pascual I, Moreno-Ambroj C. Disección coronaria espontánea tratada con armazones bioabsorbibles. Rev Esp Cardiol. 2015;68:894.
5. Buccheri D, Piraino D, Latini RA, Andolina G, Cortese B. Spontaneous coronary artery dissection: a call for action for an underestimated entity. Int J Cardiol. 2016;214:333-5.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.010>

Sostenibilidad del sistema sanitario: más allá de los análisis de coste-efectividad



Sustainability of the Health System: Beyond Cost-effectiveness Analyses

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés el artículo de Campillo-Artero y Ortún¹ sobre los análisis de coste-efectividad y estamos totalmente de acuerdo con sus planteamientos. España puede presumir de un sistema sanitario público universal que, aunque tenga su mayor lastre en las a veces prolongadas listas de espera, cuenta con un nivel de formación excelente de sus profesionales y una dotación tecnológica que puede compararse a la de cualquiera de los países de primera línea. Sin embargo, están surgiendo alarmas sobre su sostenibilidad. Los autores proponen el análisis de coste-efectividad de la misma forma que en Estados Unidos y Japón se están desarrollando los *appropriate use criteria* o AUC². La situación actual exige acciones, además de la propuesta por Campillo-Artero y Ortún¹.

La industria farmacéutica y los fabricantes de dispositivos son esenciales para diseñar la tecnología sin la cual no podríamos trabajar. Concretamente en cardiología, ambas han proporcionado avances que, en muchas ocasiones, han sido extrapolados directamente a otras especialidades, como cirugía vascular o neurología. Además, la industria siempre ha sustentado nuestra formación continuada, hecho particularmente relevante en España por la siempre insuficiente financiación innata a un sistema de cobertura universal. El mencionado coste-oportunidad conlleva que las necesidades asistenciales limiten la financiación pública de la formación continuada. Por ello, la colaboración con ella en nuestro contexto se considera necesaria. Además, no hay que olvidar la creciente redirección de inversiones hacia otros sectores más rentables, como la oncología³.

Creemos que la sostenibilidad necesita el entendimiento entre administración, profesionales sanitarios e industria. En este sentido, pensamos que existe margen de mejora en la aplicación de los resultados de los estudios y su reflejo en las guías de práctica clínica. La recomendación de clase I se adjudica por estudios de distribución aleatoria y metanálisis y, según la medicina basada en la evidencia, los análisis *post hoc* solamente pueden generar hipótesis para un estudio futuro, el cual muchas veces no se realizará porque, tras obtenerse el objetivo principal del ensayo central, el interés del promotor desaparece. Sin embargo, no debemos olvidar que las guías no deben tratar nunca de costes, pues los sistemas sanitarios de los países son muy diferentes y, además, un paciente podría querer financiar su tratamiento independientemente del coste.

La realidad es que en muchas ocasiones el sistema sanitario público no puede financiar la terapia para todas las indicaciones de clase I (además, probablemente no sea coste-efectivo en todas ellas) y ahí comienzan las tensiones. Por una parte, el departamento de marketing del fabricante defiende dicha indicación de tipo I independientemente del número de pacientes que deberían ser tratados para evitar un suceso; por otra parte, algunos profesionales defienden dicha indicación universal, a veces con excesiva firmeza, lo cual dificulta la comunicación con la administración, la cual se impermeabiliza ante la opinión del facultativo. Los gestores, además, suelen actuar con visiones cortoplacistas dependientes de nuestro particular sistema político y consideran la petición de la terapia solo en términos económicos. Ello suele generar rechazo frente al nuevo tratamiento y sus defensores, incluyendo la denegación de este o la demora en su adquisición.

Si volvemos a recordar que la función de las guías no es tratar de aspectos económicos, creemos que la solución pasa por un entendimiento entre los tres actores. En primer lugar, los departamentos de marketing deben entender la situación y no diseñar una estrategia basada en conseguir la totalidad de los tratamientos; en segundo lugar, los profesionales debemos facilitar el trabajo a la administración al promover las terapias e innovaciones en los subgrupos que más beneficio puedan obtener y limitarlas en el resto⁴. Finalmente, si todo esto se produce, la propia administración debe reconocer estas acciones y actuar con criterios más técnicos y menos cortoplacistas. Solamente de esta forma se conseguirá un uso racional de los tratamientos. Incluso, dado que la mayor causa de fracaso de los fármacos en el sector cardiovascular no es la falta de seguridad o eficacia sino su rentabilidad³, se podría pactar con la administración una penetración más coste-efectiva, pero a su vez con una prolongación de la patente para facilitar el retorno al fabricante. Concretamente en cardiología, deberíamos aprender la lección reciente de los nuevos antiagregantes, donde la disparidad en las indicaciones y financiación entre las comunidades autónomas es muy amplia porque la historia puede repetirse con la llegada de los inhibidores de la PCSK9 y la LCZ696 en insuficiencia cardíaca.

Iñigo Lozano*, Juan Rondán, José M. Vegas y Eduardo Segovia

Servicio de Cardiología, Hospital de Cabueñes, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: inigo.lozano@gmail.com (I. Lozano).

On-line el 4 de julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Campillo-Artero C, Ortún V. El análisis de coste-efectividad: por qué y cómo. *Rev Esp Cardiol.* 2016;69:370-3.
2. Hung OY, Samady H, Anderson HV. Appropriate use criteria: lessons from Japan. *JACC Cardiovasc Interv.* 2014;7:1010-3.
3. Fordyce CB, Roe MT, Ahmad T, Libby P, Borer JS, Hiatt WR, et al. Cardiovascular Drug Development: Is it Dead or Just Hibernating? *J Am Coll Cardiol.* 2015;65:1567-82.

4. Sampietro-Colom L, Brugada-Terradellas J, González-Juanatey JR. Introducción de innovaciones en el área de la patología cardíaca en España: InnovaSEC. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:834-7.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.01.013>
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.002>

Sostenibilidad del sistema sanitario: más allá de los análisis de coste-efectividad. Respuesta



Sustainability of the Health System: Beyond Cost-effectiveness Analyses. Response

Sr. Editor:

Agradecemos y coincidimos con la carta de Lozano et al. y aprovechamos su uso del *zoom* para insistir con ellos en la sostenibilidad de nuestro sistema de salud más allá del análisis coste-efectividad, una de las herramientas que demostradamente contribuyen a preservarla. Olvidemos ahora que somos el único país europeo importante que no utiliza la evaluación económica, ni para las grandes inversiones, y pensemos en la «evaluación continua» que supondría un sistema de competencia por comparación en calidad, con precios regulados y una financiación pública que gradualmente estimulara a los centros con mejores resultados. Sería la forma de integrar la evaluación en el circuito de gestión pública: presupuestación, ejecución, evaluación...

Ciertamente, se necesita un acuerdo entre profesionales sanitarios, industria y administración. Los profesionales se deben a los pacientes, la administración ha de responder ante todos; por lo tanto, goza de primacía y ha de conseguir que la innovación de la industria (existe mucha otra innovación, incluso de base no científica tipo Inditex o Ikea, en procesos y organizativa) se produzca donde el beneficio en cantidad y calidad de vida sea mayor. Para ello, mecanismos como el *value-based pricing* parecen adecuados.

Maximizar el bienestar social obliga a priorizar, porque la demanda excede los recursos en todos los sectores. La evaluación económica es útil para priorizar y ha disipado dudas sobre el bienestar derivado de la inversión social en educación y formación. Ayuda indicar y financiar innovaciones selectiva y condicionadamente y ampliarlas y restringirlas con pruebas. Existen bastantes alternativas para fortalecer, y también sustituir, el sistema de patentes vigente¹.

Para que sean viables y se usen *realmente*, las guías deben adaptarse a condicionantes locales, incluidos los costes de sus recomendaciones. Así lo traducen numerosas fuentes como, por ejemplo, los fundamentos de InnovaSEC^{2,3} o un editorial reciente e incontestable de la ESMO: «*Leaving the pricing-efficacy of cancer drugs out of the equation* [su escala de beneficio clínico] *is no longer*

an option»⁴. Lo incosteable no se hace o se emprende menoscabando el bienestar general.

También se necesitan criterios más técnicos y menos cortoplacistas. Baste mencionar cualquier cambio estructural: incluso las intervenciones aparentemente más ligeras (lista de comprobación quirúrgica e higiene de manos efectiva) requieren un cambio institucional (en reglas de juego y valores).

Aumentar la calidad de la gestión pública (sanitaria incluida) en España exige mejorar la calidad de nuestra política empezando, por ejemplo, por una nueva ley de partidos. Mientras tanto, preparemos el tormentón.

Carlos Campillo-Artero^{a,b} y Vicente Ortún^{b,c,*}

^aServei de Salut de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Balears, España

^bCentre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

^cDepartamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: vicente.ortun@upf.edu (V. Ortún).

On-line el 4 de julio de 2016

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Llano J, Campillo-Artero C. Health technology assessment and health policy today: a multifaceted view of their unstable crossroads. Madrid: Springer Healthcare; 2014.
2. Iniciativa de la Sociedad Española de Cardiología (SEC) para ordenar la introducción de innovaciones en el área de la patología cardíaca en España [citado 2 Jun 2016]. Disponible en: <http://secardiologia.es/institucional/proyectos-estrategicos/innovasec>.
3. Sampietro-Colom L, Brugada-Terradellas J, González-Juanatey JR. Introducción de innovaciones en el área de la patología cardíaca en España: InnovaSEC. *Rev Esp Cardiol.* 2015;68:834-7.
4. Taberero J, on behalf of the ESMO Executive Board. Proven efficacy, equitable access, and adjusted pricing of anti-cancer therapies: no 'sweetheart' solution. *Ann Oncol.* 2015; 26:1529-31.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.05.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2016.06.002>