

**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 vigente<sup>1</sup>.

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<sup>2,3</sup> 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*»<sup>4</sup>. 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<sup>a,b</sup> y Vicente Ortún<sup>b,c,\*</sup>

<sup>a</sup>Servei de Salut de les Illes Balears, Palma de Mallorca, Balears, España

<sup>b</sup>Centre de Recerca en Economia i Salut (CRES), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>c</sup>Departamento de Economía y Empresa, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

\* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: [vicente.ortun@upf.edu](mailto: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>