



# OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN LA INSTAURACIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE MEDICAMENTOS ESTATAL EN ESPAÑA

LV Congreso SEFH, 21 de octubre de 2010

Félix Lobo

**SEMINARIO DE ESTUDIOS SOCIALES  
DE LA SALUD Y LOS MEDICAMENTOS**

UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID.

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

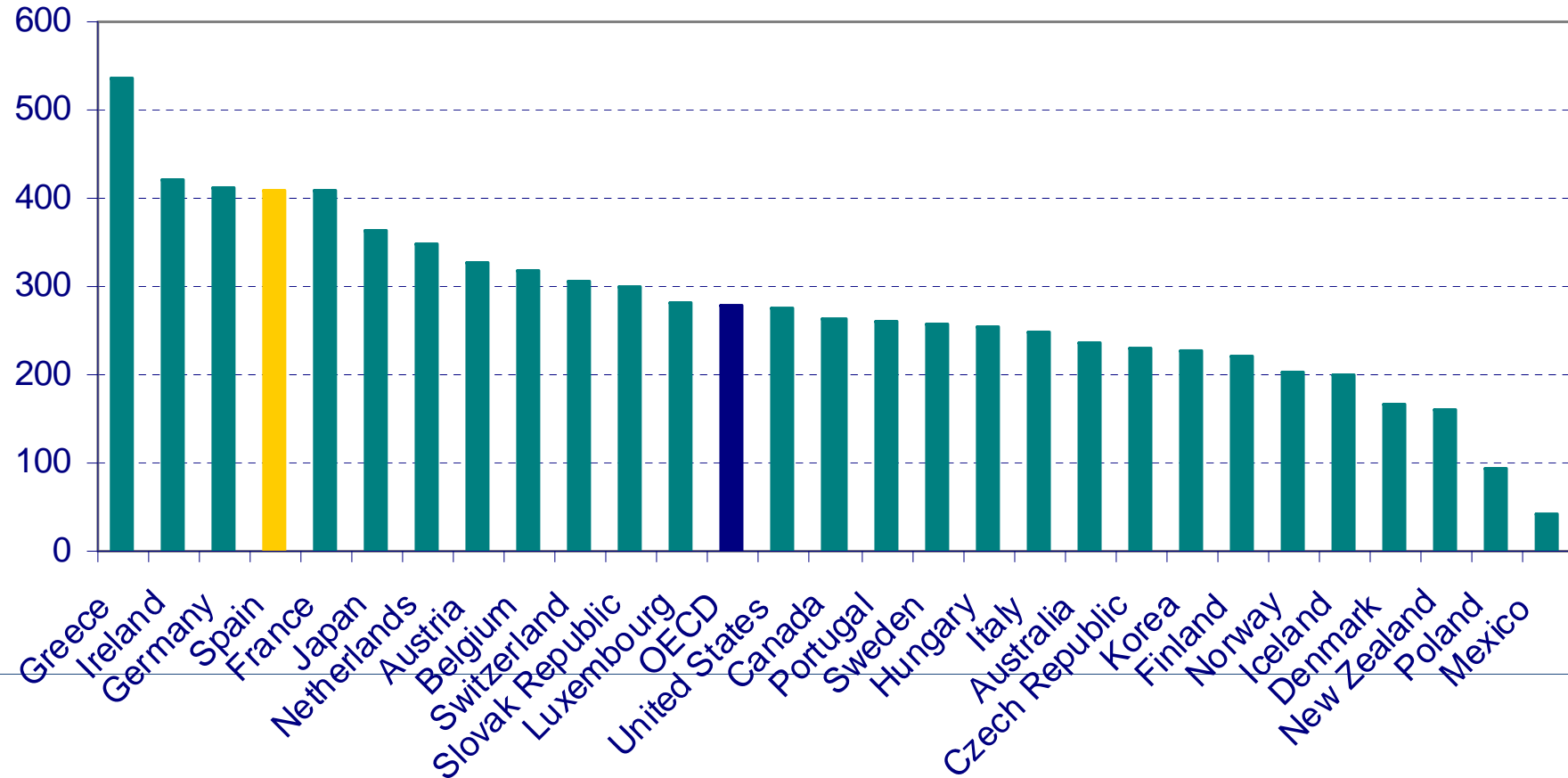
- Algunos datos fundamentales
- Perspectiva
- El peso de la historia y la “cultura”
- Insuficiencias legales
- Problemas de recursos
- Problemas de incentivos



# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- **Algunos datos fundamentales**
- Perspectiva
- El peso de la historia y la “cultura”
- Insuficiencias legales
- Problemas de recursos
- Problemas de incentivos

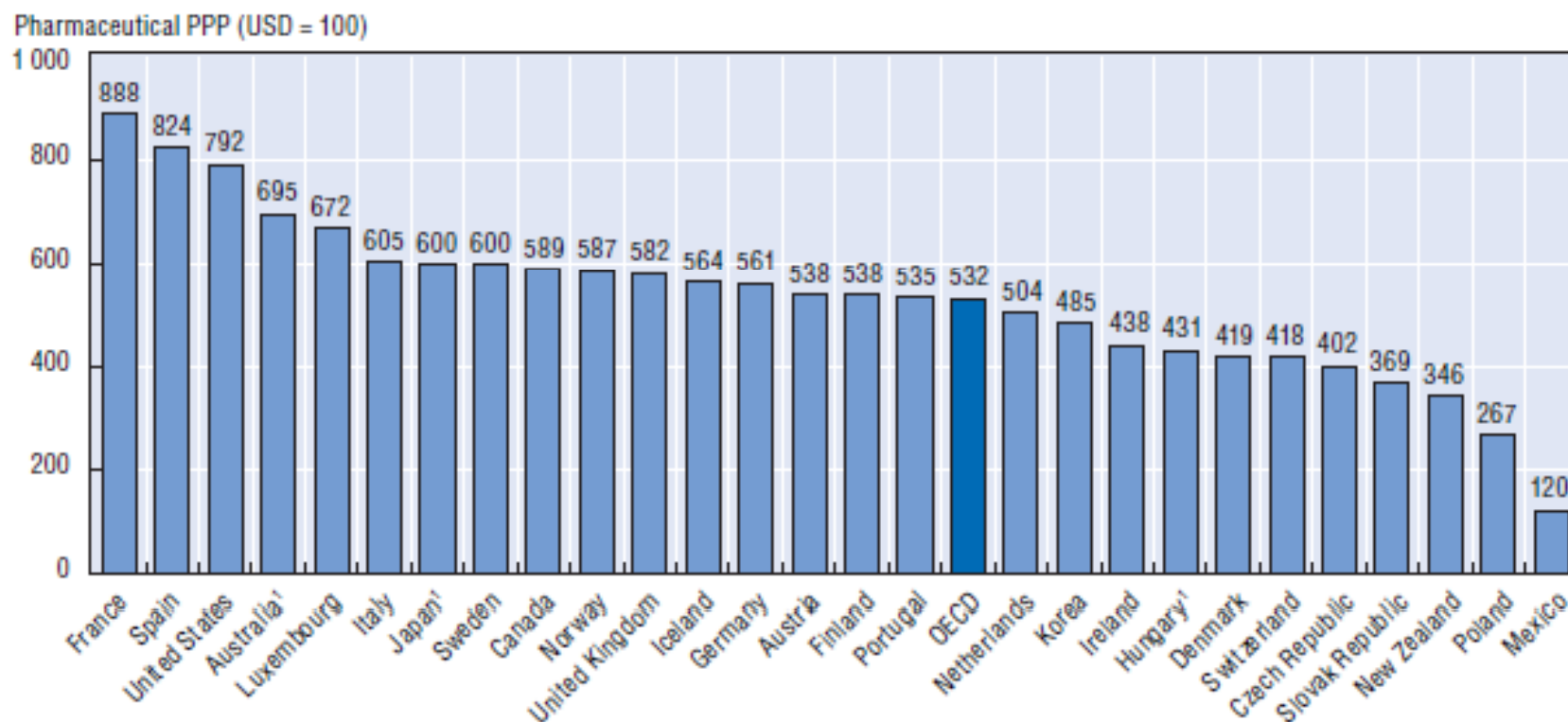
# GASTO FARMACÉUTICO PER CAPITA USD PPP – 2007



Fuente: OECD Health data 2007

**Figure 1.11. Real per capita spending on pharmaceuticals, 2005**

Volume of consumption, in USD, adjusted for differences in pharmaceutical prices

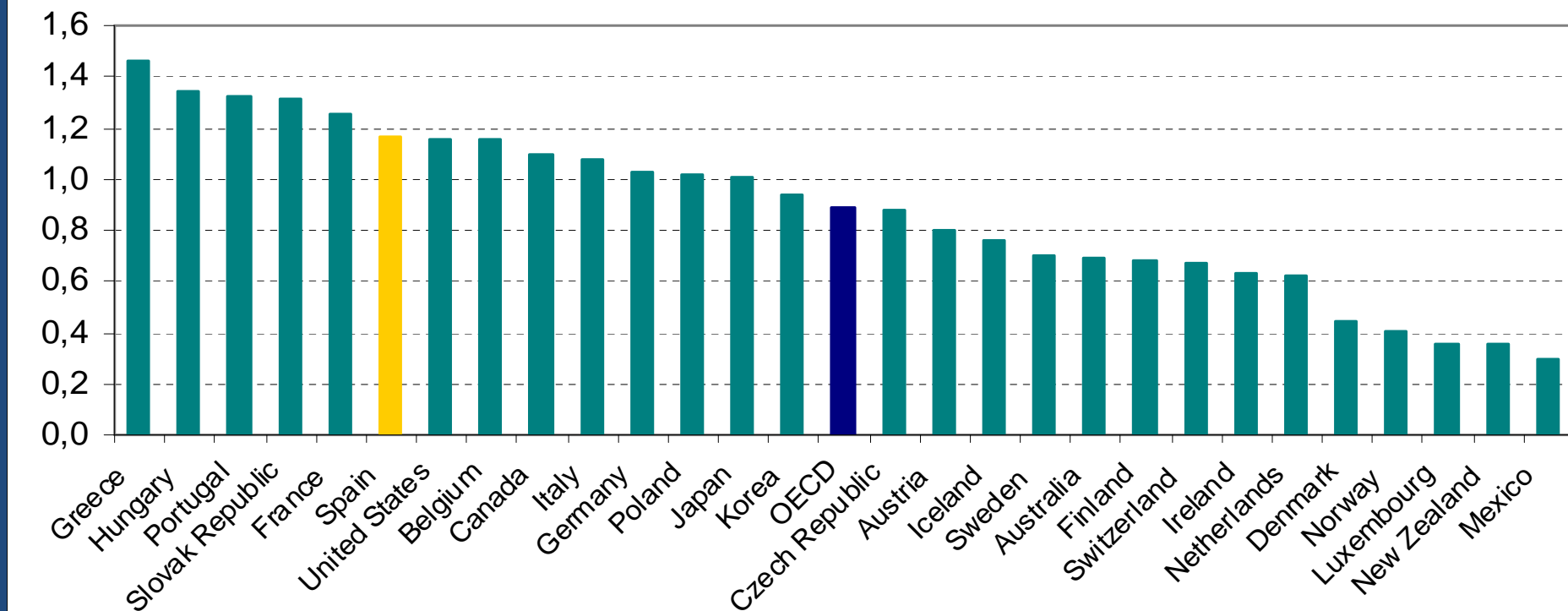


Note: Per capita pharmaceutical expenditures were converted from national currency units to US dollars using Eurostat-OECD pharmaceutical PPPs (see Box 1.2). The volume of consumption depicted is overestimated in those countries, like Switzerland, where purchasers pay a fixed fee for pharmacy services (e.g., a prescription fee) that is not included in the end price of the product. See Box 1.1 for more notes regarding pharmaceutical expenditures.

1. 2004 pharmaceutical expenditures (2004/05 fiscal year for Australia) were deflated using 2005 retail price levels.

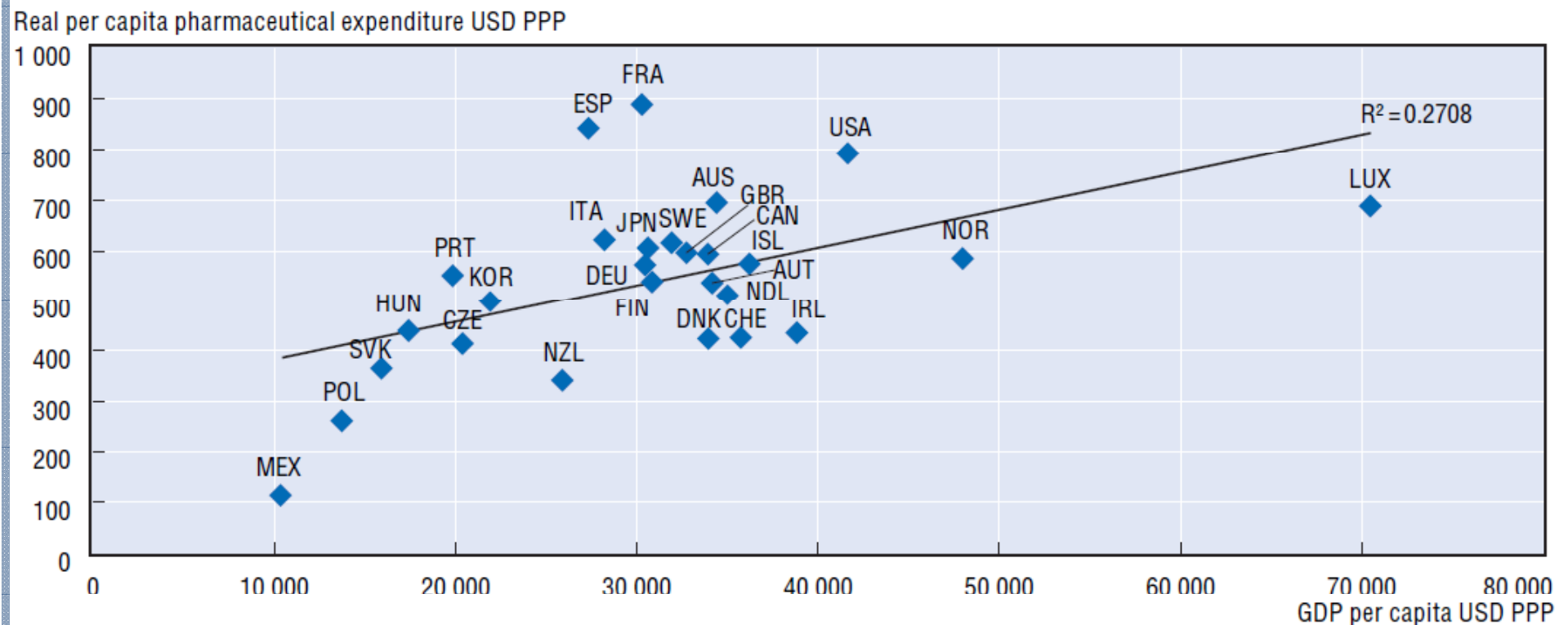
Source: OECD Health Data 2007; Eurostat-OECD Purchasing Power Parity Programme, 2007. See Box 1.1 for more sources on pharmaceutical expenditures.

# GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO % PIB 2007



Fuente: OECD Health data 2007

Figure 1.12. **Real per capita pharmaceutical expenditure and GDP per capita, 2005**  
In USD PPP

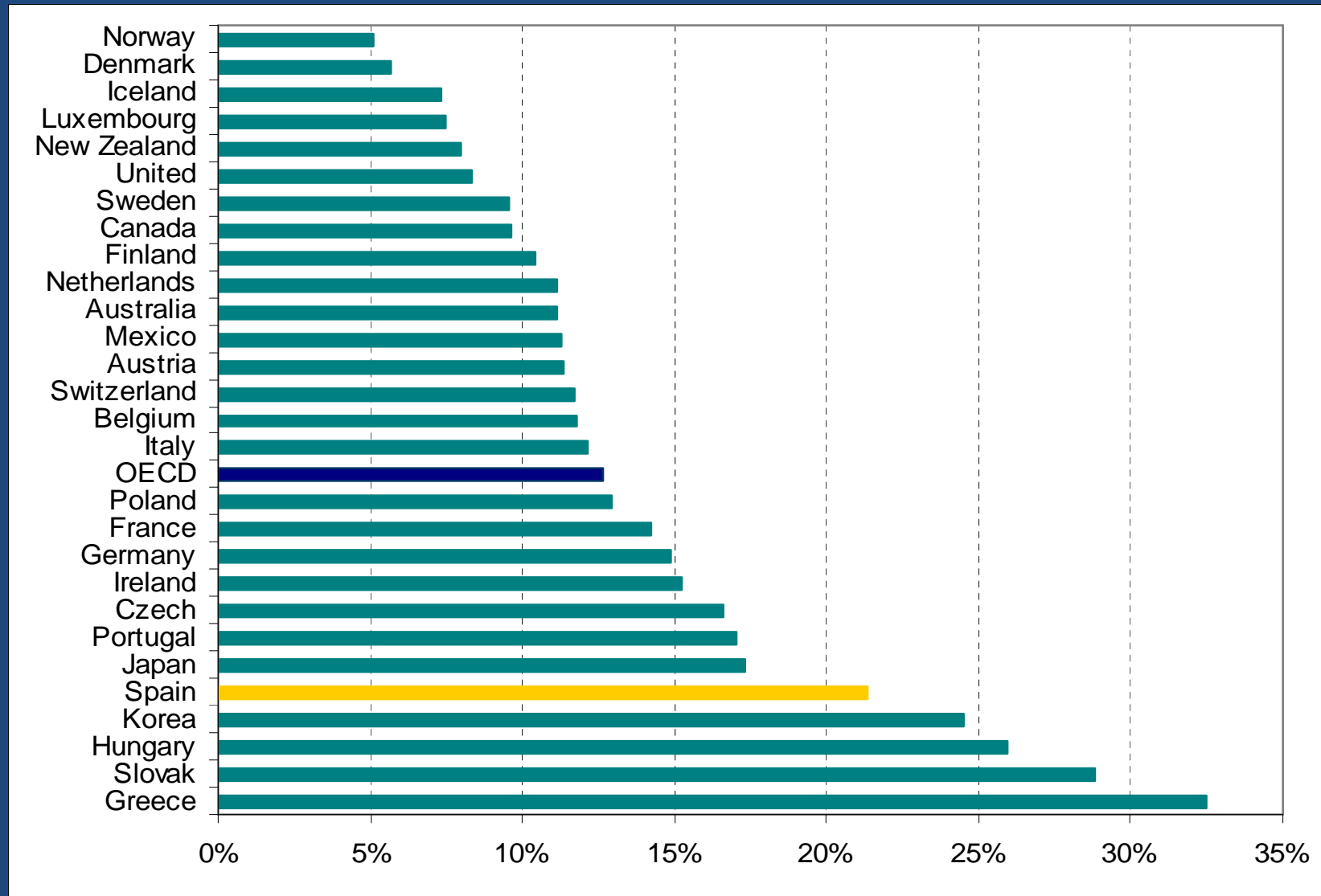


Note: The volume of consumption depicted is overestimated in those countries, like Switzerland, where purchasers pay a fixed fee for pharmacy services (*e.g.*, a prescription fee) that is not included in the end price of the product. See Box 1.1 for more notes regarding pharmaceutical expenditures. The coefficient on the independent variable “GDP per capita” (0.0073) was statistically significant at the 1% level (t-statistic = 3.05).

Source: OECD Health Data 2007; Eurostat-OECD Purchasing Power Parity Programme, 2007.

# GASTO FARMACÉUTICO PÚBLICO

## % GASTO PÚBLICO EN SALUD 2007



Fuente: OECD Health data 2007



## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- Algunos datos fundamentales
- **Perspectiva**
- El peso de la historia y la “cultura”
- Insuficiencias legales
- Problemas de recursos
- Problemas de incentivos

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: PERSPECTIVA DE ESTA PONENCIA

- Relación entre financiación pública, intervención de precios y evaluación económica a nivel estatal
- Evaluación Económica: Estudios y métodos para seleccionar prioridades y asignar recursos escasos cuando el sistema de precios no facilita señales suficientes por escasez de información de los agentes económicos.
- ¿Debemos financiar con fondos públicos una tecnología X?
- El precio es un parámetro para la evaluación.
- Diferentes precios dan lugar a distintas conclusiones en términos de eficiencia ("análisis de sensibilidad").
- A distintos precios pueden corresponder distintas soluciones de financiación.

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: PERSPECTIVA DE ESTA PONENCIA

- Aunque no se emplee para el objetivo anterior la EE puede facilitar la intervención de precios por el Estado
- Permite conocer el valor (terapéutico, sanitario, calidad de vida) que se obtendrá por los fondos públicos empleados para un abanico de precios
- Permite comparar el beneficio que se obtendrá del medicamento o la tecnología (medido en la forma que sea) con los costes del tratamiento (en cuyo cálculo se integra el precio).



## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- Algunos datos fundamentales
- Perspectiva
- **El peso de la historia y la “cultura”**
- Insuficiencias legales
- Problemas de recursos
- Problemas de incentivos

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

## 65 AÑOS DE HISTORIA DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA (1944-2009)

- 1944-1957 → Financiación selectiva, Lista positiva, "Petitorio". Ampliaciones sucesivas.
- "Cultura" : Petitorio de la Beneficencia.  
Beneficencia y Estado del Bienestar

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

- 1957 - 1993 → Financiación indiscriminada.
  - Ley General de Seguridad Social de 1963, Art. 104: financiación pública de todos los medicamentos en el mercado
  - Copago
- **Si existe obligación legal de financiar todos los productos en el mercado la evaluación económica queda limitada a posible instrumento de la intervención de precios**

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

## LA INSTAURACIÓN RECIENTE DE LA FINANCIACIÓN SELECTIVA

- Ley 14/1986 general de sanidad, de 25 de abril.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del medicamento.
- "Listas negativas": Real Decreto 83/1993, de 22 de enero y Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

## JEFATURA DEL ESTADO

**10498** LEY ORGANICA 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública:

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley orgánica:

### Artículo primero

Al objeto de proteger la salud pública y prevenir su pérdida o deterioro, las autoridades sanitarias de las distintas Administraciones Públicas podrán, dentro del ámbito de sus competencias, adoptar las medidas previstas en la presente Ley cuando así lo exijan razones sanitarias de urgencia o necesidad.

### Artículo segundo

Las autoridades sanitarias competentes podrán adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad.

### Artículo tercero

Con el fin de controlar las enfermedades transmisibles, la autoridad sanitaria, además de realizar las acciones preventivas generales, podrá adoptar las medidas oportunas para el control de los enfermos, de las personas que estén o hayan estado en contacto con los mismos y del medio ambiente inmediato, así como las que se consideren necesarias en caso de riesgo de carácter transmisible.

### Artículo cuarto

Cuando un medicamento o producto sanitario se vea afectado por excepcionales dificultades de abastecimiento y para garantizar su mejor distribución, la Administración Sanitaria del Estado, temporalmente, podrá:

- Establecer el suministro centralizado por la Administración.
- Condicionar su prescripción a la identificación de grupos de riesgo, realización de pruebas analíticas y diagnósticas, cumplimiento de protocolos, envío a la autoridad sanitaria de información sobre el curso de los tratamientos o a otras particularidades semejantes.

Por tanto,

Mando a todos los españoles, particulares y autoridades, que guarden y hagan guardar esta Ley orgánica.

Palacio de la Zarzuela, Madrid a 14 de abril de 1986.

JUAN CARLOS I.

El Presidente del Gobierno,  
FELIPE GONZÁLEZ MARQUEZ

**10499** LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

JUAN CARLOS I

REY DE ESPAÑA

A todos los que la presente vieren y entendieren.

Sabed: Que las Cortes Generales han aprobado y Yo vengo en sancionar la siguiente Ley:

De todos los empeños que se han esforzado en cumplir los poderes públicos desde la emergencia misma de la Administración

contemporánea, tal vez no haya ninguno tan reiteradamente ensayado ni con tanta contumacia frustrado como la reforma de la Sanidad.

Es, en efecto, un dato histórico fácilmente verificable que las respuestas públicas al reto que en cada momento ha supuesto la atención a los problemas de salud de la colectividad han ido siempre a la zaga de la evolución de las necesidades sin conseguir nunca alcanzarlas, de manera que se ha convertido en una constante entre nosotros la inadaptación de las estructuras sanitarias a las necesidades de cada época.

Es conocido que el primer ensayo de poner al día las técnicas de intervención pública en los problemas de salud de la colectividad lo constituyó el proyecto de Código Sanitario de 1822, cuya aprobación frustraron en su momento las disputas acerca de la exactitud científica de los medios técnicos de actuación en que pretendía apoyarse. Con este fracaso, la consolidación de un órgano ejecutivo bien dotado y flexible, acomodado en cuanto a su organización a las nuevas técnicas de administración que tratan de abrirse camino en España en los primeros años de la pasada centuria, tiene que esperar hasta la aprobación de la Ley de 28 de noviembre de 1855, que consagra la Dirección General de Sanidad, creada muy pocos años antes. Esta Ley extenderá su vigencia durante una larguísima época, aunque no en razón a sus excelencias, sino a la imposibilidad de llegar a un acuerdo sobre un nuevo texto de Ley sanitaria, cuya formulación se ensaya con reiteración durante los últimos años del siglo pasado y primeros del presente, sin conseguir definitiva aprobación. Ante la imposibilidad de sacar adelante una Ley nueva, la reforma siguiente se establece por Real Decreto, en concreto por el de 12 de enero de 1904, que aprueba la Instrucción General de Sanidad, norma que, a pesar de haberse mantenido vigente en parte hasta fechas muy próximas, apenas si alteró el dispositivo de la organización pública al servicio de la Sanidad. Es, pues, el esquema organizativo de 1855 (cambiando por épocas el nombre de la Dirección General de Sanidad por el de Inspección General de Sanidad) el que trasciende al siglo que lo vio nacer y se asienta en nuestro sistema con una firmeza sorprendente.

La Ley de 1944, aunque innovadora en algunos extremos, asumió la planta estructural recibida, que no altera, sino que perpetuará. El esquema organizativo es, en efecto, el mismo de 1855, basado en una Dirección General de Sanidad, recreada, como órgano supremo. La idea de contenido de las responsabilidades públicas en este sector es también decimonónica: A la Administración Pública le compete atender aquellos problemas sanitarios que pueden afectar a la colectividad considerada como conjunto, le compete desarrollar una acción de prevención, en suma. La función asistencial, el problema de la atención a los problemas de la salud individual, quedan al margen.

El estancamiento de la específica organización pública al servicio de la Sanidad no significará, sin embargo, una desatención de todos los problemas nuevos, sino la ruptura del carácter unitario de esa organización, que se fragmenta en diversos subsistemas que se ordenan separadamente, respondiendo a principios y finalidades propias, al margen de una dirección unitaria. En efecto, a las funciones preventivas tradicionales se sumarán otras nuevas, relativas al medio ambiente, la alimentación, el saneamiento, los riesgos laborales, etc., que harán nacer estructuras públicas nuevas a su servicio. Las funciones asistenciales crecen y se dispersan igualmente. Las tradicionales sólo se referían a la prevención o asistencia de algunas enfermedades de particular trascendencia social (la tuberculosis, enfermedades mentales, etc.). Estas atenciones asistenciales tradicionales se asumen con responsabilidad propia por diferentes Administraciones Públicas (Estado, Diputaciones) que funcionan sin ningún nexo de unión en la formulación de las respectivas políticas sanitarias. Ninguna de ellas se dirige, sin embargo, a la atención del individuo concreto, si la enfermedad que padece no es alguna de las singularizadas por su trascendencia. El dogma que perdura es el decimonónico de la autosuficiencia del individuo para atender sus problemas de salud. Cuando ese dogma se quebra a ojos vista en virtud del crecimiento de un sistema de previsión dirigido a los trabajadores, también ese sistema crea sus propias estructuras sanitarias que se establecen al margen de la organización general, y funcionan conforme a políticas e impulsos elaborados con separación, aunque explicados por las nuevas necesidades y avances tanto en el campo de la salud



# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

## LEY 14/1986 GENERAL DE SANIDAD DE 25 DE ABRIL

- Introduce el principio de la financiación selectiva

Disposición adicional quinta:

"En el SNS... se financiarán con fondos públicos los nuevos medicamentos y productos sanitarios más eficaces o menos costosos que los ya disponibles. Podrán excluirse, en todo o en parte, de la financiación pública, o someterse a condiciones especiales, los medicamentos y productos sanitarios ya disponibles, cuyas indicaciones sean sintomatológicas, cuya eficacia no esté probada o los indicados para afecciones siempre que haya para ellos una alternativa terapéutica mejor o igual y menos costosa."

- Avatares de su aprobación: Aparición en su tramitación de Cláusula "fantasma" de financiación indiscriminada. Se resuelve en el Senado.
- Aplicación práctica demorada hasta las listas negativas de 1993 .

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

LEY 25/1990, DE 20 DE DICIEMBRE, DEL MEDICAMENTO (Redacción original)

Artículo 94. *Procedimiento para la financiación pública.*

1. "En el momento de autorizar y registrar una especialidad farmacéutica, se decidirá, además, si se incluye, modalidad en su caso, o se excluye de la prestación farmacéutica... Se tendrán en cuenta ... los siguientes criterios :

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías.
- b) Necesidades de ciertos colectivos.
- c) Utilidad terapéutica y social del medicamento.
- d) Limitación del gasto público destinado a prestación farmacéutica.
- e) Existencia de medicamentos ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones a menor precio o inferior costo de tratamiento."

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

### EFFECTOS PRÁCTICOS DE LA FINANCIACIÓN SELECTIVA

- Limitados
- Prestación farmacéutica muy "generosa".
- Efectos positivos sobre la capacidad de negociación de la Administración.

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

## EL OBSTÁCULO DE LA FELICIDAD: TODOS FELICES

- Grande y difundida felicidad:
  - Industria Farmacéutica
  - Médicos
  - Farmacéuticos
  - Pacientes
- La felicidad es un gran barrera ante el cambio

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA"

- Dificultad de encontrar apoyo social a evaluación económica que fundamente decisiones basadas en la eficiencia
- Gran resistencia de los agentes sociales implicados
- Gran resistencia de la opinión pública-publicada a la aplicación de prioridades basadas en motivos de eficiencia
- "Economicismo" frente a racionalidad económica <sup>25</sup>

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: EL PESO DE LA HISTORIA Y LA "CULTURA

El Secretario General de Sanidad, José Martínez Olmos, asegura que el económico no será el criterio que prime a la hora de decidir la entrada de una prestación. "Nunca se van a quedar fuera servicios útiles en términos sanitarios. El criterio económico va a ser el último", dice.

"Tomar decisiones en función de la efectividad de las prestaciones es complicado. Los datos de comparación de coste y resultado son muy difíciles de definir", opina Albert Jovell, médico y presidente del Foro Español de Pacientes.

MR Sahuquillo: "La relación entre coste y efectividad marcará los nuevos servicios sanitarios", El País, 15 de abril de 2010.

- (Cortesía de J Rovira)



## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- Algunos datos fundamentales
- Perspectiva
- El peso de la historia y la “cultura”
- **Insuficiencias legales**
- Problemas de recursos
- Problemas de incentivos

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: INSUFICIENCIAS LEGALES

- EN ESPAÑA, A NIVEL NACIONAL, NO EXISTE BASE LEGAL SÓLIDA Y SUFICIENTE PARA LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS CON EFECTOS PRÁCTICOS, CON EFECTOS EN LAS DECISIONES DEL DÍA A DÍA
  - CARENCIA DE MANDATO
  - CARENCIA DE MÉTODOS LEGAMENTE ESTABLECIDOS

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: INSUFICIENCIAS LEGALES

- Ley 14/1986 General de Sanidad
- R D 271/1990, intervención de precios
- Ley 25/1990 del medicamento
- Ley 16/2003 de cohesión y calidad del SNS
- Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- RD 1030/2006, cartera de servicios comunes del SNS
- Orden SCO/3422/2007, procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### LEY 14/1986 GENERAL DE SANIDAD DE 25 DE ABRIL: PRECURSORA

Además de lo dicho antes sobre medicamentos:

- **ARTÍCULO 110.**  
Corresponde a la Administración Sanitaria del Estado valorar la seguridad, eficacia y eficiencia de las tecnologías relevantes para la salud y la asistencia sanitaria
- **DISPOSICIÓN FINAL CUARTA.**  
El Gobierno...establecerá... los requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de las instalaciones y equipos de los centros y servicios.
- El artículo de Williams en el BMJ sobre bypass arterias coronarias es de 1985

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### REAL DECRETO 271/1990, DE 23 DE FEBRERO POR EL QUE SE REORGANIZA LA INTERVENCIÓN DE PRECIOS DE LAS ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS

- Ninguna referencia a evaluación económica

### LEY 25/1990, DE 20 DE DICIEMBRE, DEL MEDICAMENTO

- Algunas ideas conexas

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS

Artículo 20. Desarrollo de la cartera de servicios del SNS.

2.3º Se tendrá en cuenta la eficacia, **eficiencia**, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo.

# INSUFICIENCIAS LEGALES

## LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS

Art. 21. Actualización de la cartera de servicios

"2. Las nuevas técnicas, tecnologías o procedimientos serán sometidas a **evaluación, con carácter previo a su utilización en el Sistema Nacional de Salud, por... la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias...**"

"3. La evaluación... verifica... los siguientes requisitos:

b. Aportar una mejora, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, **eficiencia** o utilidad demostrada respecto a otras alternativas facilitadas actualmente."

"4. Sólo podrán incorporarse a la cartera de servicios para su financiación pública aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos en las que concurren los requisitos indicados."

# INSUFICIENCIAS LEGALES

## LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS

### Artículo 21. Actualización de la cartera de servicios

5. La **exclusión** de una técnica, tecnología o procedimiento actualmente incluido en la cartera de servicios se llevará a cabo cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a. Evidenciarse su falta de eficacia, efectividad o **eficiencia**, o que el balance entre beneficio y riesgo sea significativamente desfavorable.
- b. Haber perdido su interés sanitario como consecuencia del desarrollo tecnológico y científico.

# INSUFICIENCIAS LEGALES

## LEY 16/2003 DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SNS

Artículo 31. Ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia.

3. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios asume, como organismo técnico especializado... **la realización de los análisis económicos** necesarios para la evaluación de estos productos..." (medicamentos y productos sanitarios).

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: INSUFICIENCIAS LEGALES

## LEY 29/2006, DE 26 DE JULIO, DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Artículo 89. *Procedimiento para la financiación pública*

"... La **inclusión... en la financiación**...se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta **criterios**...los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías...
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Utilidad terapéutica y social del medicamento.

# OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: INSUFICIENCIAS LEGALES

Artículo 89. *Procedimiento para la financiación pública*

"... La **inclusión... en la financiación**...se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada teniendo en cuenta **criterios**...los siguientes:

- d) Racionalización del gasto publico...
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas para las mismas afecciones.
- f) El grado de innovación del medicamento."

"...el Ministerio de Sanidad y Consumo... podrá someter... a reservas singulares las condiciones específicas de... financiación...."

## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS: INSUFICIENCIAS LEGALES

### LEY 29/2006 DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

*Artículo 89. Procedimiento para la financiación pública.*

"2. Podrán **no financiarse** con fondos públicos aquellos grupos... cuya financiación pública no se justifique o no se estime necesaria."

"5. El Gobierno revisará periódicamente y actualizará la **relación** de los medicamentos y productos sanitarios incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud..."

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### REAL DECRETO 1030/2006, DE 15 DE SEPTIEMBRE, POR EL QUE SE ESTABLECE LA CARTERA DE SERVICIOS COMUNES DEL SNS

- Desarrolla la Ley de Cohesión
- Artículo 5, 1. "Para la definición, detalle y actualización de la cartera de servicios comunes se tendrá en cuenta la seguridad, eficacia, **eficiencia**, efectividad y utilidad terapéuticas..."
- Artículo 7.4. "**No se aplicará el régimen de actualización previsto en esta norma a la prestación farmacéutica, que se registrará por su propia normativa...**"

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### REAL DECRETO 1030/2006: CARTERA DE SERVICIOS

Artículo 7. Actualización de la cartera de servicios comunes.

2. ...Evaluación por... la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias...

"5. "...se deberá utilizar el procedimiento de evaluación más adecuado en cada caso que permita conocer el **coste**, la eficacia, la **eficiencia**, la efectividad, la seguridad y la utilidad sanitaria de una técnica, tecnología o procedimiento, como informes de evaluación, criterio de expertos, registros evaluativos, usos tutelados u otros. Teniendo en cuenta las evidencias científicas y las repercusiones bioéticas y sociales, el Ministerio de Sanidad y Consumo... **podrá limitar** la incorporación de la técnica, tecnología o procedimiento a la cartera de servicios comunes para indicaciones concretas."

# INSUFICIENCIAS LEGALES

## RD 1030/2006: CARTERA DE SERVICIOS

### Artículo 8. Procedimiento de actualización

3. Memoria técnica que recoja los resultados de la evaluación, las repercusiones bioéticas y sociales y una memoria económica que contenga la valoración del impacto positivo o negativo...

Si... incremento del gasto con implicaciones presupuestarias significativas... (intervienen) Consejo Interterritorial del SNS y el Consejo de Política Fiscal y Financiera.

4. Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación... acordará la propuesta que corresponda sobre la inclusión o exclusión...

5. La aprobación definitiva... corresponderá al Ministerio de Sanidad y Consumo, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

## INSUFICIENCIAS LEGALES

### RD 1030/2006: cartera de servicios

Artículo 9: Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación

3. Tareas: e. El establecimiento de los requisitos de calidad metodológica y el contenido de los informes de evaluación y los de repercusión económica.

## INSUFICIENCIAS LEGALES

Orden SCO/3422/2007, de 21 de noviembre, por la que se desarrolla el procedimiento de actualización de la cartera de servicios comunes del SNS

- Desarrolla RD1030/2006
- Ratifica exclusión de la Prestación farmacéutica de este procedimiento
- Detección de tecnologías emergentes
- S Gral. de Cartera de servicios y nuevas tecnologías
- Establecimiento de prioridades para la evaluación
- Agencia de Evaluación de tecnologías
- Plazos

# INSUFICIENCIAS LEGALES

- EN ESPAÑA, A NIVEL NACIONAL, NO EXISTE BASE LEGAL SÓLIDA Y SUFICIENTE PARA LA EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS SANITARIAS CON EFECTOS PRÁCTICOS, CON EFECTOS EN LAS DECISIONES DEL DÍA A DÍA
  - CARENCIA DE MANDATO
  - CARENCIA DE MÉTODOS LEGAMENTE ESTABLECIDOS

# INSUFICIENCIAS LEGALES

- PROBLEMAS ORGANIZATIVOS:
  - Agencia estatal infradotada
  - Pluralidad de agencias en las CCAA



## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- Algunos datos fundamentales
- Perspectiva
- El peso de la historia y la “cultura”
- Insuficiencias legales
- **Problemas de recursos**
- Problemas de incentivos

# PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS

## NÚMERO DE EFECTIVOS

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA: PLANTILLA

INTERVENCIÓN DE PRECIOS 2.009

Subdirectora general

Subdirector adjunto

Técnicos interventores de precios: 10.

Funciones de apoyo: 4-6

Secretarías y administrativos: 8

AGENCIA ESPAÑOLA DEL MEDICAMENTO Y PRODUCTOS

SANITARIOS

# PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS

## FORMACIÓN

- La evaluación económica de tecnologías sanitarias, medicamentos, productos sanitarios... es muy especializada
- Las técnicas empleadas progresan rápidamente
- Se requiere actualización continua

# PROBLEMAS DE RECURSOS HUMANOS

## RIGIDEZ DE LA ADMINISTRACIÓN

- Para seleccionar personal
- Para crear nuevos puestos de trabajo. En crisis...
- Para cubrir los puestos de trabajo existentes
- Para reciclar y formación continua
- Para estimular la productividad



## OBSTÁCULOS A LA E.E. DE MEDICAMENTOS

- Algunos datos fundamentales
- Perspectiva
- El peso de la historia y la “cultura”
- Insuficiencias legales
- Problemas de recursos
- **Problemas de incentivos**

# PROBLEMAS DE INCENTIVOS

- DIFERENCIAS SALARIALES
- Competencia del sector privado
- Competencia dentro del sector público
- En las condiciones salariales actuales todo funcionario bien formado en EE tenderá a desplazarse hacia la empresa privada o el Ministerio de Economía y Hacienda

# PROBLEMAS DE INCENTIVOS

## REMUNERACIONES ESPECIALISTAS EN FARMACOECONOMÍA/ OUTCOMES RESEARCH EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA 2009

<u>PERFIL DEL EMPLEADO</u>	<u>SALARIO BRUTO FIJO</u>	<u>S. VARIABLE</u>
Junior con conocimientos sin experiencia	30.000-35.000	5-10 %
Técnico junior un año de experiencia	35.000-40.000	5-10 %
Gerente senior 3-5 años experiencia	45.000-60.000	10-15 %
Gerente senior > 5 años de experiencia y gestión de equipos	65.000-85.000	15-20 %

**COMPLEMENTOS:** seguro de vida, seguro de salud (ocasional), plan de pensiones y otros beneficios sociales de menor cuantía (ayuda a guardería, cesta de navidad, ayuda de compra de libros escolares, etc.). Gerente senior con gestión de equipos → coche de empresa.

**Anexo IV**

*Funcionarios que desempeñan puestos de trabajo a los que resulta de aplicación el régimen retributivo previsto en la Ley 30/1984, de 2 de agosto, en los términos de la disposición final cuarta de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público*

**Retribuciones básicas**

Grupo / Subgrupo de Clasificación	Cuantías mensuales en euros	
	Sueldo	Tienio
A1	1.157,82	44,51
A2	982,64	35,62
B	852,81	31,04
C1	732,51	26,75
C2	598,95	17,88
E (Ley 30/1984)- Agrupación profesional (Ley 7/2007)	546,82	13,42

Las pagas extraordinarias se devengarán por un importe, cada una de ellas, igual a la suma de una mensualidad del sueldo y trienios en su caso más el 100 por 100 del complemento de destino mensual que se perciba, salvo en los casos previstos en el apartado A).2.4, de la presente Resolución.

## Anexo V

*Complemento de destino*

Puestos de trabajo a los que resulta de aplicación el régimen retributivo previsto en la Ley 30/1984, de 2 de agosto, en los términos de la disposición final cuarta de la Ley 7/2007, de 12 de abril, del Estatuto Básico del Empleado Público

<u>Nivel de complemento de destino</u>	<u>Cuantías mensuales en euros</u>
30	1.016,67
29	911,92
28	873,58
27	835,22
26	732,74
25	650,11
24	611,76
23	573,43
22	535,06
21	496,76
20	461,45
19	437,89
18	414,31
17	390,74
16	367,23
15	343,63
14	320,09
13	296,50
12	272,93
11	249,37
10	225,83
9	214,05
8	202,24
7	190,47
6	178,69
5	166,90
4	149,24
3	131,62
2	113,93
1	96,28

# PROBLEMAS DE INCENTIVOS

## REMUNERACIONES TÉCNICOS DGF 2009 (€ brutos año)

<b>NIVEL</b>	<b>Consejero Técnico N28</b>	<b>Jefe de Servicio N26</b>
Sueldo A1	16.198	16.198
Comp. Destino	12.238	8.796
Compl. Específico	13.000	10.000
Productividad	4.800	4.000
<b>TOTAL</b>	<b>46.236</b>	<b>38.994</b>

# ¿QUÉ HACER?



**INFORMAR**



**EXPLICAR**

**MOTIVAR**

**ACLARAR**





**ESCLARECER**

**ILUSTRAR**

**DEMOSTRAR**

**INTERPRETAR**





**DISCUTIR**

**COMENTAR**



**PERSUADIR**

# SIN QUE NOS CIEGUE LA PASIÓN CIENTÍFICA





YES, WE  
CAN!



# OBSTÁCULOS QUE DIFICULTAN LA INSTAURACIÓN DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA DE MEDICAMENTOS ESTATAL EN ESPAÑA

LV Congreso SEFH, 21 de octubre de 2010

Félix Lobo

**SEMINARIO DE ESTUDIOS SOCIALES  
DE LA SALUD Y LOS MEDICAMENTOS**

UNIVERSIDAD CARLOS III DE MADRID.