



## ANTONI GILABERT:

# “NO ESTÁ EN CRISIS EL MODELO DE COBERTURA SINO SU FORMA DE FINANCIACIÓN”

Gerente de Atención Farmacéutica y Prestaciones Complementarias de CatSalud, el experto catalán explica en esta entrevista los efectos del modelo de riesgo compartido, una forma de financiamiento del acceso a medicinas basado en su eficacia. Además, cuánto ayudó la informatización a mejorar la eficiencia.

*“No puedo imaginarme el futuro del sistema de salud español porque en realidad estamos pensando en cómo superar este verdadero desafío que es mantener el acceso a la innovación y la sostenibilidad, en plena crisis europea”, se ataja antes de empezar a responder las preguntas*

el gerente de Atención Farmacéutica del Servicio Catalán de Salud, Antoni Gilabert. Y no es para menos, como se puede leer en el diario español El País, “al sistema sanitario español le aprietan las costuras y arrastra un déficit que ronda los 10.000 millones

de euros. Gratuito y casi universal, supone el 6,2% del PIB español” (El País, 7 de febrero de 2011).

En ese contexto, Cataluña y Andalucía son las dos comunidades con mayor gasto en farmacia y donde se busca reducir la partida, que en 2010 fue estimada entre 1.800 y 2.000 millones de euros respectivamente. En Cataluña se ha puesto en marcha un sistema de precio variable controlado también desde el Ministerio de Sanidad español y que consiste en establecer un precio a los tratamientos nuevos que varía según su eficacia. Un sistema de “riesgo compartido”,

por el que se llega a un acuerdo con los laboratorios para adquirirles un producto nuevo de venta hospitalaria a un precio que se determinará en función de los resultados obtenidos.

“Debemos mejorar los resultados de salud en un entorno financieramente sostenible”, sostiene Gilabert. “El punto principal está en compaginar lo que es el acceso a la innovación farmacológica con la sostenibilidad en el presupuesto público. Hemos tenido una reducción importante del presupuesto este año y la idea es *compartir riesgos* para minimizar la incertidumbre de los propios resultados. La economía productiva se ha frenado y tenemos que hacer lo mismo con menor cantidad de dinero. Pero no nos hemos planteado dejar de dar prestaciones porque entendemos que aún hay un margen de eficiencia, que pasa por buscar alternativas terapéuticas y concentrarse más en los resultados en salud”.

El sistema sanitario catalán es un modelo mixto nacido en 1990 que integra en una sola red de uso público todos los recursos sanitarios tomando la tradición que tenían entidades como las mutuales, fundaciones, consorcios y centros parroquiales, entre otros. Al año siguiente se constituyó el CatSalut, que se transformó en el ente de planificación, financiación, evaluación y compras de los servicios sanitarios, y actúa como garante de las prestaciones sanitarias de cobertura pública. El CatSalut compra y evalúa los servicios sanitarios en función de las necesidades de la población desarrollando, por un lado, una gestión integral de la oferta y la demanda, y por el otro, la comunicación con la ciudadanía y su participación.

**—¿Costó implementar este tipo de medidas correctivas que intentan darle sostenibilidad al sistema?**

—El *riesgo compartido* es una alternativa

## Innovación CatSalud

# Receta electrónica

- En Cataluña, desde mediados de 2008 se lleva implementado el sistema de receta electrónica y hasta 2010, un total de 700.000 usuarios la utilizaba y se estima que ya casi en la totalidad de las farmacias de la región se aplica esta modalidad.
- Permite que las personas con problemas de movilidad no tengan que desplazarse hasta el hospital ambulatorio solo para recoger la prescripción médica.
- Se gestiona en cualquier farmacia.
- Se evita la acumulación de medicamentos en los domicilios y se ejerce un mayor control en el tratamiento de cada ciudadano.
- Mejora la coordinación entre profesionales.
- Se previene la circulación de boletas falsas.
- Se reducen los errores humanos para identificar un tratamiento.
- El acceso a los datos es restringido.
- Se ha comprobado la reducción de pacientes en algunos centros de salud de hasta en un 40%.

a la financiación clásica, cuando ésta no se muestra posible y hay mucha incertidumbre, que tiene tres probabilidades: en los costos (no sabemos lo que nos va a costar), en las prevalencias (si habrá mucha o poca gente) y en los resultados. Esta última es la que nos puede dar estructuralidad y progresividad en el futuro. Ser responsables de la incertidumbre económica y compartir los riesgos, al principio molesta a las empresas y estas se muestran reacias a aceptarla pero poco a poco van entendiendo que es una forma de generar sostenibilidad mirando al futuro. Si el pagador quiere estar seguro del resultado, tenemos que es-

cucharlo. Vamos al caso de un nuevo tratamiento que se ofrece para un determinado tipo cáncer, la idea es abonar al laboratorio el precio acordado si se observan avances en el paciente, de lo contrario el precio a pagar será inferior al pautado. Es también un *cambio cultural* que hay que dar, compartir las responsabilidades para garantizar el acceso y la sostenibilidad.

**—¿Dónde observa que está el punto débil del sistema sanitario español frente al tamaño de la crisis europea?**

—Es un verdadero reto saber si con la reducción de la aportación pública a la compra de medicamentos podremos seguir innovando en investigación y desarrollo. ¿Qué estamos haciendo? Yo diría que básicamente nos tenemos que mover bajo cuatro premisas: una que las medidas que tomemos sean *estructurales*, que no sea apuntando a un solo sector lo que termina siendo un mero parche. Segundo, que sean *progresivas*, que lleguen por convencimiento y en ese sentido el costo por efectividad es una medida progresiva. La tercera premisa es tomar medidas *coherentes* con el sistema que tenemos; y la cuarta es que sea *respetuosa* con el sector farmacéutico, es decir que ante la incertidumbre que genera la situación no caigamos en que *el fin justifique los medios*. Quiero creer que con una re-ingeniería podremos mantener el Estado de Bienestar que tenemos. Seguramente habrá cambios en el acceso, en regular distinta la demanda, los niveles de cobertura, las aportaciones privadas, pero pienso que *no está en crisis el modelo* como tal sino su forma de financiación. Por esto mismo yo creo que todos harán el esfuerzo necesario de ajustes y reformas que permitan consolidar el modelo.

**—Esa batería de medidas que ayuden a una nueva ingeniería del**

## sistema ¿contempla la posibilidad del copago sanitario?

—Ahora se vienen tiempos políticos en España, habrá elecciones en poco más de un año, con lo cual al Gobierno le va a costar introducir medidas antipopulares. Yo estimo que el debate de lo que sería la aportación del usuario, en mayor medida a los medicamentos o a las visitas médicas, es algo que solo se puede abordar desde el consenso político de todos los otros parlamentarios. Si no se logra así nadie se atreverá a tomar esa decisión. La información sobre las bondades y peligros ya están en la mesa. No se trata tanto de aportar más sino de buscar una manera distinta de hacerlo. En España, en el ámbito de los medicamentos la aportación depende de si eres activo o pensionista. Los pensionistas no pagan mientras que los trabajadores pagan un 40%, excepto para algunos tratamientos crónicos que sólo pagan un 10%, hasta un máximo de 2 euros.

## —¿Cuánto ayudan las herramientas informáticas para afrontar la actual coyuntura?

—Al ver la situación en la que nos encontramos hoy creo que hemos tenido un poco de fortuna y que fue un acierto también haber iniciado un proceso de digitalización del sistema en 2005, antes de que nos llegara la crisis. Eso tuvo un costo en su momento pero de los que califican como costo de inversión, que te permite generar eficiencia o algún tipo de resultado que sea perdurable en el tiempo. Los dos primeros años sirvieron de experiencia piloto, se fueron generando todas las bases de confiabilidad, las transacciones se hicieron rápidas y eso le terminó dándole la infraestructura al sistema. Un desarrollo progresivo que se hizo en Cataluña, y donde hoy estamos en un ciento por ciento, a igual que en Andalucía y también en Baleares. Se ganó en la accesibilidad de los pacientes a



## Innovación CatSalud

### Historia clínica compartida

- Agrupa el conjunto de documentos que contienen datos, información y valoraciones clínicas sobre la situación y evolución de un paciente a lo largo de su proceso asistencial.
- Sigue un modelo de gestión descentralizada, interconectado a través de sistemas de interoperabilidad y estándares.
- Permite a cualquier médico acceder a toda la información relevante disponible sobre sus pacientes, independientemente de su nivel asistencial o ubicación geográfica y promueve la continuidad de la atención sanitaria, integrando toda la información y evitando errores y la repetición de exploraciones y/o procedimientos.
- Al 2010, en el servicio catalán de salud 419 centros conectados estaban compartiendo 17.666.565 informes publicados que pertenecen a 7.297.637 personas.

los medicamentos, las consultas en los hospitales bajaron de un 20 a un 30%, se concurre por problemas más puntuales de salud. Y hemos logrado en el transcurso de este año un ahorro en papel estimado en 2 millones de euros por prescripción de recetas, que tienen requisitos de seguridad para evitar las falsificaciones. Estas son medidas que financian el modelo.

## —¿Cómo se adaptó el personal a ese cambio?

—Sorprendentemente lo hizo muy bien por la facilidad de la implementación. Al principio siempre suele haber algún grupo de escépticos que se muestra reticente al cambio, pero luego fueron comprobando que se reducían las visitas, se evitaban confusiones con las nuevas medicaciones y se estableció algo fundamental para el médico como el plan terapéutico único para el paciente. Esto último terminaba con esta costumbre de hacer una medicina episódica para pasar a una medicina integral donde el profesional médico ya puede saber la interacción que tuvo el paciente con otros medicamentos. Ha sido un cambio enorme porque también las farmacias han tenido que financiar sus propias inversiones para generar una transmisión de datos seguros. La receta médica se gestiona desde cualquier farmacia y es útil para las personas mayores o con problemas de movilidad y los pacientes con patologías crónicas. En España estamos muy avanzados en lo que es la digitalización de la historia clínica compartida y estoy esperanzado de que estas herramientas electrónicas nos ayuden a la sostenibilidad del sistema porque nos harán más eficientes.

## —¿Es cierto que se han detectado compras de medicamentos falsos por Internet?

—Se ofrece y la ley europea lo prohíbe. Aunque la población que consu-

me bajo esta modalidad es marginal, el problema no es tanto el canal de distribución sino que detrás hay problemas de calidad, nuestra política es informar a los ciudadanos a que no utilicen esta vía y advertirle a la propia inspección sanitaria para que persiga a este tipo de delitos. Para nosotros el servicio de farmacia hospitalaria es importante en el sistema de salud porque permite que con una buena selección de medicamentos, un buen seguimiento farmacoterapéutico que se logren mejores resultados en cuanto a los recursos económicos.

#### —¿Cómo ve la situación en la región?

—La mirada que puedo hacer es poco detallista, acabo de estar en Centroamérica y allí el acceso a los medicamentos es todo un tema, limitado en el sector público por lo que tienes que caer en el sector privado. En Ar-

## Innovación CatSalud

# Telemedicina y teleasistencia

- Este plan prioriza la comunicación en tiempo real entre el profesional de un centro de referencia y el paciente, fomenta telemonitorización en el caso de pacientes crónicos que sufren diabetes, insuficiencia respiratoria y enfermedades cardíacas y facilita la comunicación entre profesionales de diferentes niveles asistenciales para la elaboración de diagnósticos.
- Una de las propuestas más relevantes en telemedicina es la red TeleIctus de Cataluña, proyecto que consiste en el despliegue de un sistema telemático que facilita una atención especializada durante las primeras horas de la fase aguda.

gentina y América Latina veo una situación mejor en este punto, más flexible. Lo que nos debe preocupar no es tanto si hay muchos medicamentos financiados, o si hay que hacer muchos papeles, sino saber cuáles son los indicadores de salud que sean atribuibles a este acceso. Eso es lo importante porque ahí puede estar la inequidad y esto te pueda repercutir en la disminución en salud. Aquí conozco poco el modelo pero he visto gente muy sana, comparando otras regiones. Repito: hay que transformar el gasto en inversión, con buenos resultados en salud, y el desafío es lograr un equilibrio entre innovación y sostenibilidad con un modelo basado en realidades. Y una de ellas, que significa un gran cambio cultural, es la necesidad que tenemos en la actual coyuntura de compartir riesgos para minimizar la incertidumbre de los resultados. 