



DEFINICIONES BÁSICAS, BARRERAS ACTUALES Y LÍNEAS DE MEJORA

Financiación de la innovación sanitaria orientada a resultados: ¿es posible en nuestro Sistema Nacional de Salud?

Financiación de la innovación sanitaria orientada a resultados: ¿es posible en nuestro Sistema Nacional de Salud?

DEFINICIONES BÁSICAS, BARRERAS ACTUALES Y LÍNEAS DE MEJORA

Alvaro Hidalgo

Universidad de Castilla La Mancha

Félix Lobo

Universidad Carlos III de Madrid

Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha

Alberto Rubio

AstraZeneca

Julio Sánchez Fierro

Abogado

Lluís Segú

Oblikue Consulting SL

Septiembre 2016

© 2016 AstraZeneca

Edita: ERGON.
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-16732-??-?
Depósito Legal: M-?????-2016

Reservados todos los derechos, incluidos los de la traducción a otros idiomas. Ninguna parte de esta publicación podrá reproducirse o transmitirse por medio alguno o en forma alguna, bien sea electrónica o mecánicamente, tales como el fotocopiado, la grabación o a través de cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información sin el previo consentimiento escrito de AstraZeneca.

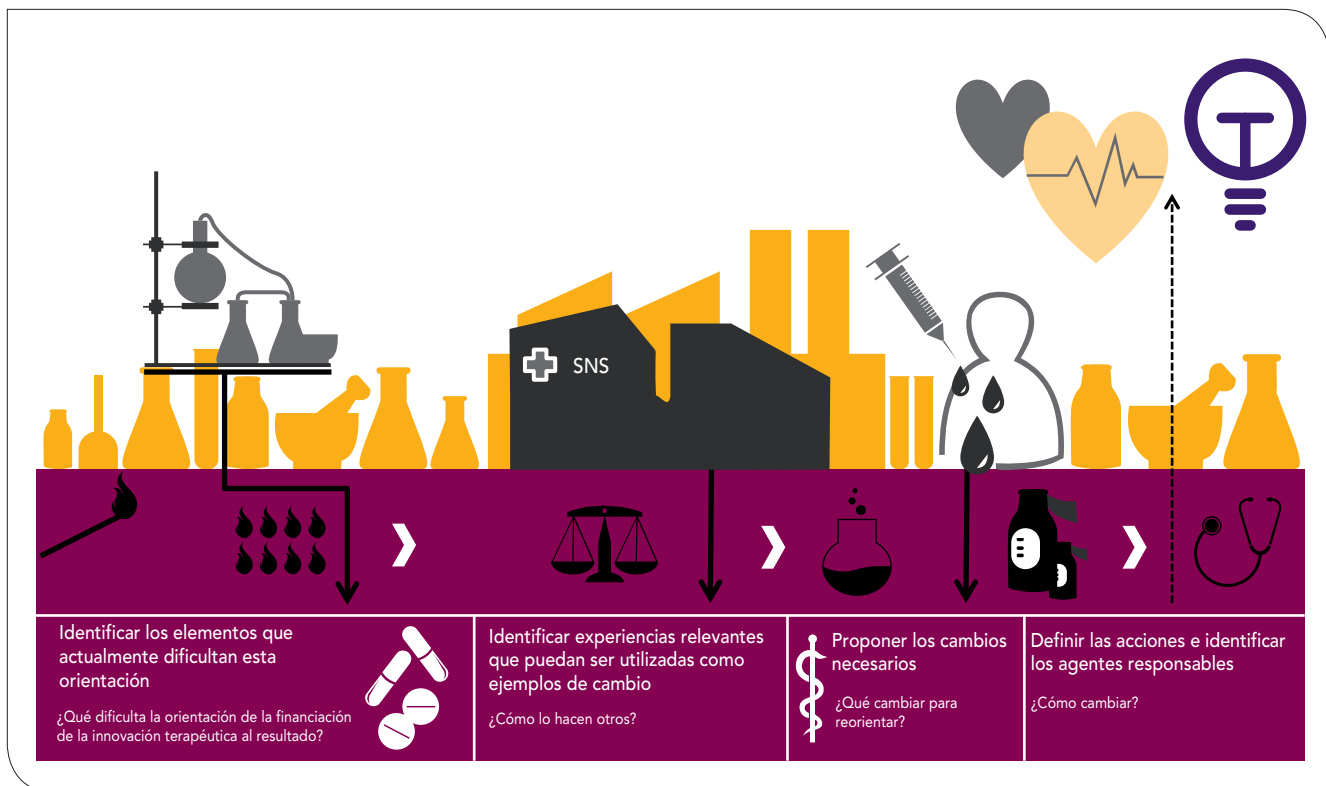
1 ▶	Objetivo del proyecto.....	5
2 ▶	Metodología	8
2.1	Marco de análisis	9
2.2	Identificación y revisión de la información	11
2.3	Conclusiones de la revisión y validación por el Grupo Permanente.....	11
2.4	Priorización de las líneas de mejora por un Grupo de Expertos	12
3 ▶	Resultados	13
3.1	Resultados de la revisión: Barreras identificadas para la orientación de la financiación a los resultados en el SNS español.....	13
3.1.1	Elementos de la macrogestión que afectan al Gobierno y conducción del SNS	13
3.1.2	Elementos de mesogestión organizativos del SNS.....	15
3.1.3	Elementos que afectan a la articulación de los diferentes agentes del SNS	17
3.1.4	Elementos que afectan a la microgestión del SNS	18
3.2	Validación de líneas de mejora identificadas por parte del Grupo Permanente ...	19
3.3	Priorización de líneas de mejora por el Grupo de Expertos	22
3.4	Revisión de tendencias internacionales en la incorporación y financiación de la innovación en las carteras de prestaciones de los sistemas de salud	30
3.4.1	Entornos analizados y tendencias	30
3.4.2	Elementos de decisión y su articulación en los entornos analizados	32
3.4.3	Impacto de los modelos de incorporación y financiación de la innovación	34
3.4.4	Conclusiones de la revisión de incorporación y financiación de la innovación	35

3.5	Revisión de experiencias de modelos de pago por resultados en los sistemas de salud	37
3.5.1	Resultados de la revisión de experiencias publicadas	37
3.5.2	Dificultades y alternativas en la evaluación de las estrategias P4P	39
3.5.3	Programas de pago por resultados desarrollados en el SNS español	42
3.5.4	Relevancia de los modelos de pago por resultados para la incorporación de la innovación.....	42
3.6	Revisión de tendencias en los modelos de relación entre la industria innovadora y los sistemas de salud.....	43
4 ▶	Recomendaciones generales derivadas del proyecto	46
5 ▶	Comité de Expertos.....	51
6 ▶	Bibliografía y documentos revisados	52

1. Objetivo del proyecto

Una de las potenciales líneas de mejora que se plantea en nuestro SNS y en muchos otros, es articular y orientar más adecuadamente los recursos económicos (la financiación) a los resultados esperados y deseados.

Este proyecto pretende, en sus distintas fases, abordar un aspecto concreto de este desafío y específicamente dar respuesta a la pregunta: ¿Cómo orientar la incorporación y financiación de la innovación terapéutica en el SNS a los resultados en salud? (Figura 1).



▲ Figura 1. Objetivo del proyecto.

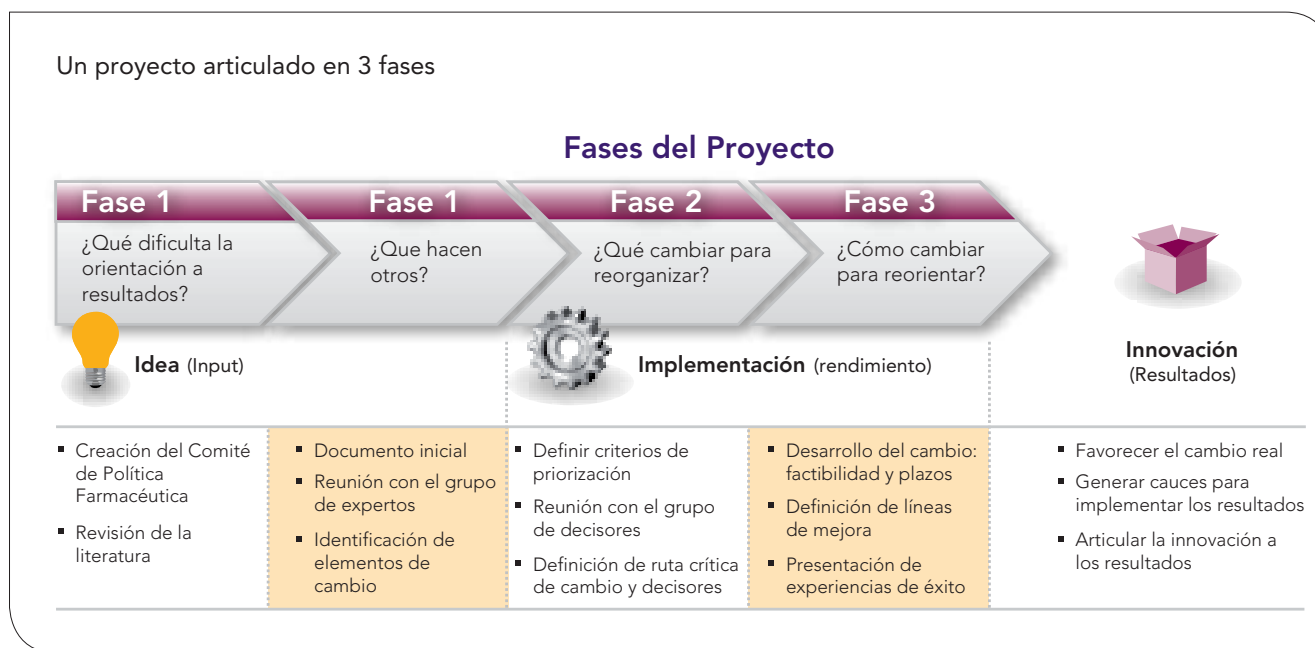
Para ello, hemos planteado una serie de objetivos intermedios:

1. Identificar los elementos que actualmente dificultan esta orientación. *¿Qué dificulta la orientación de la financiación de la innovación terapéutica al resultado?*
2. Identificar experiencias relevantes que puedan ser utilizadas como ejemplos de cambio. *¿Cómo lo hacen otros?*
3. Proponer los cambios necesarios. *¿Qué cambiar para reorientar?*
4. Definir las acciones operativas a realizar para producir el cambio e identificar los agentes responsables, el horizonte temporal de los mismos así como su factibilidad técnica y política *¿Cómo cambiar?*

El proyecto se estructura en tres fases consecutivas (Figura 2):

- **Fase 1:** Daría respuesta a los objetivos 1 y 2 *¿Qué dificulta la orientación a resultados? ¿Qué hacen otros?*

Se propone identificar las barreras que actualmente dificultan la incorporación y financiación de la innovación terapéutica orientada al resultado y plantear cuáles serían algunas de las líneas lógicas de cambio en nuestro SNS. Para ello



▲ **Figura 2.** Fases del proyecto.

se realizará una revisión y análisis de tendencias publicadas a nivel nacional e internacional.

En esta fase nos centraremos en **identificar aquellos elementos de cambio que implican una solución eminentemente técnica con un abordaje factible en un horizonte temporal de 2 años.**

- **Fase 2: Daría respuesta al objetivo 3 ¿Qué cambiar para reorientar?**

El objetivo de esta fase sería validar las barreras y líneas de mejora identificadas en la Fase 1, así como ponderar la importancia de cada una de ellas y priorizar su desarrollo mediante la formulación de algunas acciones concretas.

- **Fase 3: Daría respuesta al objetivo 4 ¿Cómo cambiar para reorientar?**

Debería desarrollar operativamente las líneas de mejora propuestas a través de la formulación de una ruta crítica que integre para cada línea de mejora las diferentes acciones a realizar, su ámbito temporal, la factibilidad técnica y política, y los agentes responsables implicados.

El presente informe incluye el desarrollo, metodología y resultados obtenidos para la Fase 1 y parte de la Fase 2, e incluye por tanto la identificación de barreras y posibles líneas de mejora así como la selección y priorización de las mismas.

2. Metodología

El tipo de innovación presente y futura, su impacto en los costes, sus incertidumbres, e incluso su prioridad para nuestro sistema de salud, requiere equilibrar el acceso equitativo a la innovación efectiva, la sostenibilidad económica, la recompensa al esfuerzo innovador y, todo ello minimizando su coste de oportunidad y manteniendo el resto de servicios esenciales.

Por otra parte es igualmente necesario alinear los objetivos y los incentivos de forma que el premio, el coste y la rentabilidad de la innovación se concentren en la obtención del mejor resultado global y factible para el conjunto del sistema nacional de salud.

La incorporación y financiación de la innovación terapéutica orientada al resultado supone articular un proceso que permita valorar la capacidad de la innovación terapéutica para aportar resultados tangibles tanto al SNS en general como a aquellas áreas que se consideren prioritarias. Esto supone dos aspectos claves, en primer lugar decidir incorporar y financiar una innovación en función de su aportación al resultado del SNS y, en segundo lugar, que no todo resultado puede ser igualmente relevante para el SNS y que, por tanto, no toda innovación es igualmente relevante.

Relacionar las decisiones de incorporación y financiación de la innovación con sus resultados, permitiría, en teoría, generar reglas del juego transparentes para todas las partes y una orientación clara en el desarrollo de la innovación.

En esta dinámica los elementos necesarios para hacer operativa la orientación de los recursos a los resultados son, como mínimo, la definición previa y explícita de las prioridades del SNS, la información y valoración de la aportación de la innovación al resultado, la capacidad para medir resultados en cada entorno del SNS y la adecuada gestión pública que permita trasladar estas dinámicas a todos los agentes implicados.

La definición de "resultado en salud" deriva de un ejercicio de análisis que posibilite identificar las necesidades y sus determinantes, conocer el impacto de las mismas en la carga de enfermedad de la población, identificar intervenciones efectivas, factibles y disponibles, priorizar objetivos y acciones y, finalmente, definir los resultados esperados.

Si bien el concepto y el proceso parecen relativamente sencillos, su puesta en marcha es compleja, debido fundamentalmente a la dificultad de convertir un "concepto" macro de resultado poblacional en un conjunto de resultados esperados de las múltiples acciones que conformarían las intervenciones dirigidas a dar respuesta a los problemas prioritarios.

Para dar respuesta al objetivo del proyecto se han utilizado los siguientes pasos metodológicos:

- Definición del marco de análisis.
- Identificación, revisión y análisis de la información disponible.
- Selección de las barreras definidas en la información revisada.
- Validación por un Grupo Permanente.
- Priorización y formulación de líneas de mejora por un Grupo de Expertos.

2.1 Marco de análisis

El SNS, para poder garantizar la prestación efectiva del derecho y los resultados esperados de la misma, debe estar en condiciones de incorporar los recursos necesarios pero también de orientar su asignación para permitir una direccionalidad coherente con las prioridades y objetivos planteados. Para ello se estructura en diferentes ámbitos de acción y decisión que tienen responsabilidades funcionales diferentes pero con un alto grado de dependencia.

La adecuada interacción entre estos ámbitos de gestión y decisión en torno al resultado deseado y esperado, será una pieza básica para que el SNS alcance las metas planteadas. En la **Figura 3** se identifican los ámbitos de gestión del SNS y se describe la relación en la cual la macrogestión define los objetivos y los traslada vinculados a recursos al resto de agentes, de forma que se generen los incentivos adecuados en función de las prioridades establecidas.

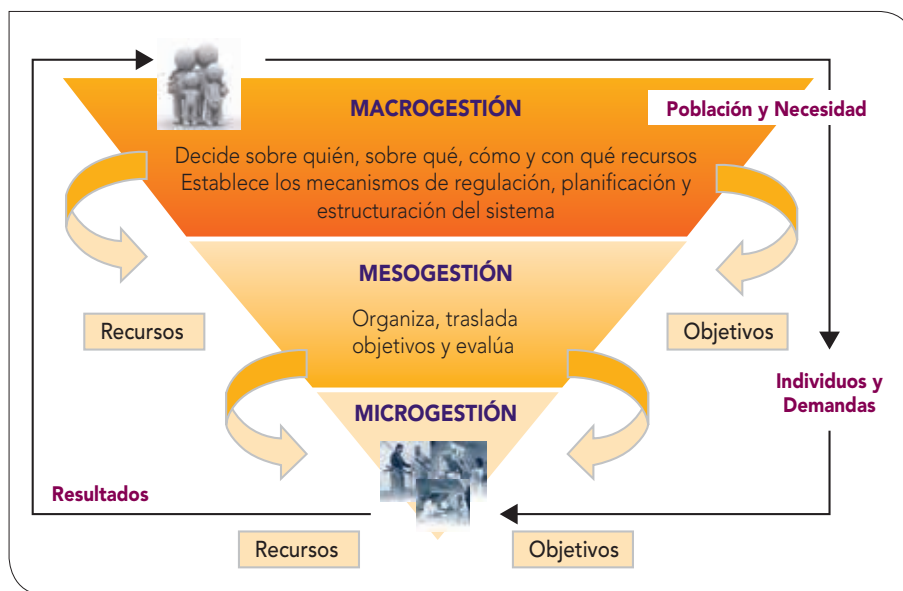


Figura 3 ▶
Traslado de objetivos y recursos en el Sistema de Salud.

Las líneas de mejora y/o barreras que directa o indirectamente estén vinculadas a la orientación de las decisiones de incorporación y financiación de la innovación a los resultados se clasificarán en 4 ámbitos de gestión (Figura 4), coherentes con los diferentes agentes y responsabilidades gestoras dentro del SNS:

Figura 4 ▶
Ámbitos de gestión en los que se clasificarán las líneas de mejora o barreras detectadas.



1. **Elementos que afectan a la Macrogestión (Gobierno y la conducción) del SNS:** Son aspectos directamente relacionados la conducción y rectoría del SNS que suelen coincidir con competencias estatales y/o autonómicas.
2. **Elementos de la mesogestión (organizativos) del SNS:** Son los relacionados con la organización estratégica del sistema y suelen ser competencia de las CCAA compartidas o no con la Administración Central y cuyo objetivo es la definición de los aspectos del funcionamiento estratégico y operativo del SNS
3. **Elementos de la mesogestión (articuladores) del SNS:** Suelen ser también competencia Autónoma en nuestro SNS y su objeto es definir y operativizar las relaciones entre los agentes ya sean estos internos a la organización sanitaria (planificadores, financiadores, gestores o profesionales) o externos (proveedores tecnológicos, industria farmacéutica, otros organismos públicos, asociaciones de pacientes, etc.).

4. **Elementos de la microgestión:** Son los vinculados con la gestión clínica y más operativa del SNS, son responsabilidad de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales.

Además de la clasificación por ámbitos, dado que estos no son independientes, las barreras y/o líneas de acción identificadas en cada uno de ellos se han categorizado en función de las dependencias existentes para su abordaje o, dicho de otra forma, las recomendaciones de actuación en cada ámbito recogen las actuaciones que se requieren en otros.

2.2. Identificación y revisión de la información

Se identificarán de forma exhaustiva (aunque no sistemática) documentos elaborados por expertos, asociaciones profesionales y organismos públicos y privados nacionales e internacionales, que analicen la situación actual del SNS (y entornos similares) y realizan propuestas de cambio en el mismo. Estos documentos se revisarán para identificar específicamente aquellas recomendaciones vinculadas con la orientación de la financiación a los resultados en nuestro SNS en general y, en particular, las dirigidas a valorar la incorporación de la innovación terapéutica.

Se realizará una revisión bibliográfica adicional (en este caso sistemática en la base de datos PubMed) con el objetivo de identificar las tendencias que a nivel internacional marcan los criterios de incorporación y financiación de la innovación, las relaciones entre los agentes implicados y las experiencias de pago por resultados.

La revisión sistemática considerará los siguientes términos: *Performance based risk sharing agreement; Managed entry agreement scheme; Outcomes based scheme; Risk sharing agreement; Coverage with evidence development; Access with evidence development; Patient access scheme; Conditional licensing; y Pay for performance.*

Los documentos revisados pueden incorporar propuestas de líneas de mejora que no se han incluido en el resumen realizado por considerar que no existe una relación con el tema de análisis o bien porque afectan a elementos claramente políticos.

2.3. Conclusiones de la revisión y validación por el Grupo Permanente

Las conclusiones de la revisión realizada, estructuradas de acuerdo al marco de análisis definido, será validado por el Grupo de expertos Permanente.

Así mismo este grupo priorizará las líneas de mejora identificadas de acuerdo a criterios técnicos, temporales y de selectividad de impacto.

Los criterios utilizados para la primera priorización se definen a continuación:

1. Criterio técnico: barreras y líneas de mejora eminentemente técnicas (se han excluido aquellos aspectos cuyo abordaje sea eminentemente político).

2. Temporal: factibilidad de abordaje de las soluciones a corto y medio plazo (2 años).
3. Selectividad: impacto relevante en la orientación de la incorporación y financiación de la innovación terapéutica al resultado.

2.4. Priorización de las líneas de mejora por un Grupo de Expertos

Para esta fase se seleccionó un grupo de 12 expertos vinculados a los diferentes ámbitos de gestión del SNS.

A estos expertos se les facilitó las conclusiones validadas por el grupo permanente con una semana de antelación. En una sesión de trabajo de un día y mediante la utilización de la metodología Metaplan, se validaron las barreras identificadas y se procedió a proponer una priorización de las mismas en base a criterios de relevancia y factibilidad.

3. Resultados

En los siguientes apartados se describen los resultados obtenidos de la revisión, posterior validación y priorización.

3.1. Resultados de la revisión: Barreras identificadas para la orientación de la financiación a los resultados en el SNS español

Se han identificado y analizado 16 documentos que hacen referencia al SNS español y 6 adicionales que si bien no se circunscriben específicamente a nuestro Sistema de Salud, analizan y proponen cambios en los sistemas públicos de salud en los países desarrollados.

A continuación se presentan los resultados más relevantes en referencia a la incorporación y financiación de la innovación orientada al resultado de acuerdo al marco de análisis considerado.

3.1.1. Elementos de la macrogestión que afectan al Gobierno y conducción del SNS

Las barreras y líneas de mejora más relevantes en este ámbito de gestión son los siguientes:

1. Cobertura y decisiones de actualización de la Cartera de Prestaciones (CP):

La definición de las prestaciones incluidas en la financiación del SNS, así como las condiciones de acceso, son uno de los elementos que se identifica como relevante a la hora de gestionar la incorporación de la innovación orientada a los resultados. Se identifican en concreto 5 líneas potenciales de mejora en nuestro SNS:

- **Ausencia de una metodología explícita para la toma de decisiones de inclusión y actualización de la Cartera de prestaciones (CP) del SNS:** Se identifica la necesidad de desarrollar una metodología explícita, adecuada y transparente en las decisiones de actualización de la CP en base a criterios objetivos de efectividad, eficiencia, prioridad, posibilidad e importancia social.
- **Ausencia de una sistemática definida de evaluación independiente de las nuevas tecnologías en los procesos de actualización de las prestaciones financiadas:** Es similar a la línea anterior pero expresamente referida a la innovación y a los elementos a tener en cuenta para su incorporación en la CP. Nuestra CP es considerada como muy amplia y poco priorizada y las decisiones que afectan a la incorporación y financiación de la innovación terapéutica poco transparentes, carentes de una metodología estructurada y, en general, poco participativas. Respecto a este último punto conviene recordar que las decisiones de acceso

y financiación son competencia de la Administración Central, pero las CCAA las deben hacer operativas financieramente. Si además de la poca participación en la toma de decisiones centrales sobre la CP, estas no van acompañadas de recursos coherentes a las mismas, el problema es evidente, especialmente para aquellos que deben finalmente financiarlas.

- **Inexistencia de un mecanismo explícito de fijación de precios basado en el valor de la innovación.** Supone la incorporación del concepto de valor. Desde la perspectiva del objeto del proyecto este concepto debería vincularse a la incorporación de metodologías que permitan conocer la capacidad de una innovación farmacoterapéutica para aportar valor a los resultados esperados.
- **Inexistencia de criterios explícitos de priorización y de decisiones de desinversión en tecnologías con inadecuada relación coste-efectividad y/o dirigidas a ámbitos y acciones no priorizadas.** La necesidad de priorizar requiere de decisiones claras y transparentes tanto de inversión como de desinversión. Si se debe racionar sería bueno identificar aquellos ámbitos a los que estamos dirigiendo recursos y no generan niveles de rentabilidad social adecuados. De esta forma minimizaríamos en todo momento el coste de oportunidad de las decisiones de financiación de la innovación
- **Escaso desarrollo de Estrategias de financiación de la innovación vinculadas al resultado, que permitan el acceso a la innovación efectiva en tiempo y forma adecuada.** Experiencias desarrolladas en otros en Sistemas de Salud incluyen modelos de financiación para la innovación que permitan minimizar las incertidumbres de compra. Nos referimos fundamentalmente al desarrollo de Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC). Para poder desarrollar estas estrategias hace falta que las metodologías evaluativas de la innovación cumplan los puntos anteriores descritos. En el caso del SNS español además del escaso uso que se está dando a estos modelos, su desarrollo es fundamentalmente autonómico, ya que cuando la Administración Central ha generado alguna iniciativa de este tipo su implementación en el sistema ha sido escasa o por lo menos muy difícil.
- **Condiciones de acceso a las prestaciones vinculadas a mecanismos de responsabilización de los usuarios.** Este aspecto hace referencia a la necesidad de vincular la participación económica del usuario (copagos existentes) a penalizar el uso inadecuado, incentivar la demanda de alternativas terapéuticas con una mejor relación de coste-efectividad o a penalizar el acceso a aquellas innovaciones que aportan menos valor a los resultados priorizados del SNS.

2. Limitaciones en la gobernanza (planificación, conducción y coordinación) del SNS.

La mayoría de los documentos revisados inciden en la necesaria mejora de los mecanismos de gobierno, cohesión y coordinación del SNS ya que, si bien existe marco normativo que la define y regula, este parece no aplicarse de forma conveniente.

Los aspectos incluidos en estas recomendaciones van desde elementos de planificación, de definición de objetivos sistémicos, de financiación y de asignación de recursos. Si bien entendemos que estos elementos son muy relevantes y directamente vinculados al objetivo del proyecto, no se han considerado en el análisis porque su abordaje es eminentemente político y de largo plazo.

3. Inadecuación del marco normativo actual que rige el sistema presupuestario: la sistemática presupuestaria pública y su marco normativo no facilitan la adecuada orientación de los recursos a los resultados.

4. Normativa de compra pública inadecuada: La actual normativa de compra pública utilizada en el SNS español y, en general en el sector público, no facilita la incorporación de elementos sustanciales para la orientación de los recursos a los resultados.

3.1.2. Elementos de mesogestión organizativos del SNS

Los aspectos identificados en este ámbito de gestión son los siguientes:

1. Limitaciones en el proceso de Planificación: Este proceso es crítico para definir objetivos, resultados y responsabilidades funcionales de los agentes y, por tanto para vincular adecuadamente los recursos a los resultados. Es igualmente esencial para poder determinar adecuadamente el valor añadido de la innovación terapéutica. Las líneas de mejora en este ámbito están fundamentalmente relacionadas con los siguientes aspectos:

- **La planificación no articula explícitamente objetivos y recursos.** Las CCAA desarrollan ejercicios de planificación que se traducen en Planes de Salud, Planes de Cronicidad, Planes Directores, mapas Sanitarios, etc. No obstante en pocos casos los objetivos, acciones y prioridades que identifican estas políticas van acompañados de un marco económico explícito. La planificación va por un lado y los recursos por otro.
- **Los objetivos de planificación no alcanzan a todos los agentes del sistema.** La planificación estratégica no suele acabar concretando explícitamente el conjunto de acciones que se derivan de los objetivos y prioridades, no suele incorporar resultados esperados y no suele definir el papel de los agentes y su responsabilidad. Sin estas definiciones es complicado poder construir un marco de relación entre los resultados, los recursos y su asignación.
- **Acciones intersectoriales de salud pública poco concreta y no dimensionada económicamente.** Si bien se reconocen la necesidad de definir y desarrollar acciones intersectoriales, están poco definidas en cuanto a las acciones, sectores implicados y agentes responsables. Tampoco incorporan resultados esperados ni recursos, sea donde sea que estos deban movilizarse y aplicarse, ni un proceso adecuado de evaluación y seguimiento.

- **Enfoque de la enfermedad como producto frente a un modelo basado en la promoción y prevención que deriva en una escasa potenciación real de la prevención y promoción de la salud.** El SNS continua más enfocado a la curación que a la prevención. Si bien se incluyen en las políticas estratégicas elementos e intervenciones preventivas y se reconoce la importancia de llevarlas a cabo, no se suelen definir ámbitos, agentes responsables y recursos necesarios.

2. Segmentación poblacional por riesgos no implementada. Muchos de los documentos analizados inciden en la necesaria segmentación poblacional por riesgos a fin de identificar individualmente, en función de las características de cada persona, los servicios más adecuados a sus necesidades y aquellos que puedan aportar mayor efectividad y eficiencia en la mejora o mantenimiento de su estado de salud y calidad de vida. Para ello, el SNS y sus diferentes entornos descentralizados, deben incorporar estrategias o métodos de segmentación poblacional. Buena parte de las CCAA están en este proceso, pero su aplicación operativa, una vez segmentada la población, va a requerir de una redefinición de la cartera de servicios, del modelo asistencial y, obviamente, de los recursos vinculados y trasladados a los diferentes entornos de prestación.

3. Escasa coordinación o integración clínica y asistencial. Se plantea como una necesidad adaptar en lo posible y necesario la organización asistencial para conseguir coordinación, integración y longitudinalidad de la atención (tanto social como sanitaria), orientar y adaptar los servicios al paciente y adecuar la atención clínica garantizando su máxima efectividad, eficiencia y calidad. La cronicidad pone, aún más en evidencia, la necesidad de estructurar la actuación clínica de los diferentes profesionales en torno al paciente y al proceso. Este aspecto se está desarrollando en algunos entornos de nuestro SNS y son ejemplos del mismo las Organizaciones Sanitarias Integradas desarrolladas en el País Vasco o Cataluña, las gerencias o áreas únicas desarrolladas en otros entornos del SNS o las concesiones público-privadas desarrolladas en Valencia o Madrid.

4. Rigidez del sector público que dificulta la gestión y la corresponsabilización. En general y con excepciones territoriales, nuestro SNS continúa basado en estructuras de provisión pública consideradas burocráticas y excesivamente rígidas. Se plantean cambios estructurales a fin de dotarlo de la necesaria agilidad que requieren sus procesos de toma de decisiones y, sobre todo, hacer posible gestionarlos para conseguir la máxima rentabilidad social de los recursos invertidos. Los planteamientos de cambio afectan a muchos elementos organizativos del sistema, y existen ejemplos de aplicación en muchos sistemas de salud europeos e, incluso, en algunas comunidades autónomas españolas. La relación de este elemento con la orientación de la financiación de la innovación a resultados es más organizativa que conceptual y se ha integrado en este documento porque los cambios que se plantean son necesarios para poder hacer llegar a los prestadores los incentivos

adecuados, así como hacerlos “competir” por los resultados. Las estrategias y líneas de mejora que incluye este apartado son muchas, variadas y de consecuencias estructurales e ideológicas muy diferentes pero todas ellas, de una forma u otra, tienen como objetivo básico permitir la generación de capacidad y autonomía gestora, desarrollar un cierto grado de competencia por los recursos en base al cumplimiento de objetivos y consecución de resultados y alinear adecuadamente los incentivos.

Disponemos también en nuestro SNS de ejemplos que van desde la desconcentración (unidades de gestión clínica en Andalucía o la simulación de relaciones contractuales mediante acuerdos de gestión o contratos programa), hasta la cesión de gestión de centros públicos a entidades privadas (Hospital de la Ribera, Equipos de Base asociativa, etc.), pasando por el desarrollo de fórmulas públicas que permiten un mayor grado de autonomía y gestión (Empresas Públicas, Consorcios, Fundaciones, etc.)

3.1.3. Elementos que afectan a la articulación de los diferentes agentes del SNS

Se integran en este apartado las barreras o líneas de mejora identificadas en aspectos dirigidos a operativizar las relaciones entre los agentes y trasladar a todos los entornos del SNS las políticas, metas e incentivos adecuados. Todos los elementos que se recogen en este apartado son intrínsecamente dependientes de los desarrollos descritos en los anteriores y, en buena parte consecuencia de ellos.

Los elementos de cambio y recomendación más relevantes en este apartado son los siguientes:

1. Debilidades en los mecanismos financieros que permitan trasladar los incentivos adecuados vinculados a resultados. Los mecanismos financieros (asignación de recursos y sistemas de pago) son una pieza de importancia fundamental en la orientación del SNS, ya que actúan como herramientas que han de dirigir adecuadamente los incentivos y servir, por tanto, de sistema de información y relación entre las partes. Destacaríamos los siguientes aspectos en este ámbito:

- **Limitaciones de los sistemas de asignación de recursos y pago a los centros asistenciales.** Estos mecanismos son los que deben poder integrar los objetivos, los resultados y los recursos. Los modelos actuales, muy retrospectivos, dificultan alinear adecuadamente y de forma dinámica los flujos económicos y los incentivos a los resultados en el SNS
- **Inexistencia de modelos de financiación integrada territorialmente en forma capitativa.** Los modelos de financiación integrada facilitan la coordinación e integración asistencial vinculada a resultados y son una pieza clave para el desa-

rrollo de Modelos Organizativo asistenciales que faciliten la integración clínica y asistencial. Por otra parte, esos modelos de integración son los únicos que permitirían un enfoque NO fragmentado de la evaluación de resultados.

2. Disponibilidad, acceso y uso de la información: El SNS no ha desarrollado una adecuada gestión de la información (en general) que permita evaluar de forma dinámica los resultados obtenidos e integrar esa evaluación en sus procesos de toma de decisiones. Es imprescindible dotar al sistema de información estructurada y mecanismos de análisis de la misma, que permitan un proceso de toma de decisiones a todos los niveles más eficiente y alineado con los requerimientos. Los aspectos más relevantes, en este ámbito son:

- **Escasa generación, acceso y uso de información vinculada a resultados** que permita evaluar globalmente el SNS y a los diferentes agentes y generar benchmarking como mecanismo de mejora del conjunto (gestión del conocimiento).
- **Dificultades técnicas y jurídicas en el acceso a la información** para los distintos agentes del sistema, de forma que se pueda mejorar su aporte a la sostenibilidad y a la generación de soluciones y servicios vinculados con la mejora de los resultados
- **Escasa transparencia y rendición de cuentas:** La información de los resultados, en definitiva, no fluye ni al interior del SNS ni hacia el exterior

3.1.4. Elementos que afectan a la microgestión del SNS

Los elementos identificados que afectan a este ámbito de gestión son los siguientes:

1. Falta de incentivos adecuados para la implicación y corresponsabilización de los profesionales. La orientación al resultado, en términos generales y específicos para el caso de la innovación, no es posible sin implicar a los profesionales. Los problemas identificados en este ámbito afectan a:

- **Escasa corresponsabilización de los profesionales** vinculada a la reducida participación en la toma de decisiones y a la poca transparencia. Esta limitación, operativamente, impide el traslado de riesgo vinculada al resultado que requiere la autonomía profesional y la toma de decisiones responsables.
- **Escasa implicación de los profesionales** en el desarrollo de las políticas del SNS, incluyendo objetivos, prioridades, criterios de selección e incorporación de la innovación y criterios de utilización adecuada de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. La escasa participación es un punto crítico que dificulta el compromiso de los profesionales con los objetivos del SNS.

2. Gestión poco profesionalizada. Poder asumir las responsabilidades que comporta la autonomía de gestión de los centros, requiere gestionar y asumir los riesgos

derivados de vincular recursos y resultados, y por tanto disponer de profesionales con capacidad de hacerlo. Esta línea de mejora implica dos aspectos relevantes, por un lado desarrollar capacidades profesionales y disponer de gestores y, por otro, cambiar el modelo de acceso a los puestos de gestión despolitizando el proceso y profesionalizándolo.

3. Limitaciones en la capacidad de gestión de los recursos humanos en el entorno público. Las limitaciones en la capacidad de gestión del recurso humano en el sector público dificultan la mejora de la productividad del sistema y la posibilidad de traslado de los objetivos sistémicos a los profesionales.

Son aspectos vinculados con la normativa y con la política de recursos humanos (profesionalismo, retribución basada en desempeño, DPO, etc.). Evidentemente desarrollar esta línea de mejora supone implementar muchas de las recomendaciones anteriores de cambio de la función pública, de desarrollo de autonomía de gestión y de capacidad gestora en los centros asistenciales.

3.2. Validación de líneas de mejora identificadas por parte del Grupo Permanente

En la **Tabla 1** se resumen para cada ámbito de gestión analizado los elementos que actualmente parecen actuar como barreras a la orientación de la financiación a los resultados.

Se incluyen también los agentes que estarían implicados en su resolución, la relevancia del problema a criterio del Grupo Permanente (considerando, + poco relevante, ++ relevante pero no condición necesaria y +++ muy relevante y condición necesaria) y las dependencias existentes entre las diferentes barreras identificadas (considerando tres situaciones, la no existencia de dependencia ND, la dependencia parcial DP y la dependencia total DT). En los dos últimos casos (DP y DT) se identifican las barreras entre las que existe interrelación.

Los aspectos identificados como barreras a la orientación de la financiación de la innovación a los resultados y que deben contemplarse como ámbitos de mejora, afectan a todos los puntos del proceso y, en muchos casos están condicionados entre ellos.

Posiblemente los más relevantes son los vinculados con el modelo actual de construcción de la Cartera de Prestaciones (CP), los elementos organizativos necesarios para poder trasladar los incentivos adecuados a los ámbitos de provisión y el desarrollo y utilización de la información necesaria para retroalimentar el proceso.

Algunas de las líneas o barreras identificadas son de carácter fundamentalmente político y aunque no se consideraran abordables en el corto plazo tienen una importancia estratégica muy relevante en el funcionamiento del Sistema y en su capacidad para vincular financiación y resultado.

TABLA 1. Barreras y/o líneas de mejora identificadas por ámbitos.

Problemas identificados	Barreras que incluye	Agentes implicados	Relevancia	
			Dependencia	
Macrogestión: gobierno del SNS				
1. Cartera básica de Servicios	Ausencia de una metodología explícita de actualización	Administración central	+++	ND
	Ausencia de una sistemática de evaluación de la innovación independiente	Administración central	+++	ND
	Ausencia de un mecanismo explícito de fijación de Precios y condiciones de acceso basado en el valor	Administración central	+++	ND
	Ausencia de criterios de priorización para la toma de decisiones de inversión y desinversión	Administración central	++	ND
	Escasa incorporación de modelos de financiación basada en resultados	Administración central	++	ND
	Copagos recaudatorios no vinculados a efectividad de las prestaciones	Administración central	+	ND
2. Gobernanza del SNS	Limitaciones en la capacidad de gobernanza del SNS vinculadas a la planificación, conducción y coordinación de los agentes	Administración central y CCAA	+++	ND
3. Modelo presupuestario del SNS	Marco normativo presupuestario del sector público inadecuado para la orientación de recursos y resultados	Administración central y CCAA	+++	ND
4. Compra pública	Normativa de compra pública no adaptada a los requerimientos	Administración central y CCAA	+++	ND
Mesogestión: Organización del SNS				
1. Limitaciones en el proceso de planificación	No articula objetivos con recursos	CCAA	+++	DP de 3 de Macrogestión
	No alcanza a definir responsabilidades concretas a los agentes	CCAA	+++	ND
	No articula acciones intersectoriales ni las dimensiona económicamente	CCAA	+	DP de 2 y 3 de Macrogestión
	No articula intervenciones preventivas ni de promoción de la salud con recursos	CCAA	+	DP de 2 y 3 de Macrogestión

TABLA 1. (Continuación) Barreras y/o líneas de mejora identificadas por ámbitos.

Problemas identificados	Barreras que incluye	Agentes implicados	Relevancia
			Dependencia
2. Segmentación de riesgos no implementada	Dificultades para la definición explícita de los servicios y resultados a financiar	CCAA	++
			ND
3. Coordinación asistencial	Escasa coordinación e integración clínica	CCAA	++
			DP de 2 y 3 de macrogestión
4. Rigidez del sector público	Dificultades de articular la corresponsabilización de los agentes	CCAA	++
			DP de 2 y 3 de macrogestión
	Dificultades para generar autonomía de gestión	CCAA	++
			DP de 2 y 3 de macrogestión
Dificultades gestoras generales	CCAA	++	
		DP de 2 y 3 de macrogestión	
Mesogestión: Articulación del SNS			
1. Mecanismos financieros de traslado de incentivos a los agentes inadecuados	Sistemas de asignación y pago a los proveedores con incentivos inadecuados	CCAA	+++
	Falta de un modelo económico que facilite la responsabilidad compartida inherente de la integración y coordinación clínica	CCAA	+++
2. Problemas en la disponibilidad, acceso y uso de la información	Falta de generación, acceso y uso de la información vinculada a resultados	Administración central	+++
	Impedimentos jurídicos y técnicos al acceso a la información (open data)	Administración central y CCAA	DP de 2 de macrogestión
			+
	Inexistencia de un Modelo operativo de transparencia y rendición de cuentas	Administración central y CCAA	ND
+++			
			ND

TABLA 1. (Continuación) Barreras y/o líneas de mejora identificadas por ámbitos.

Problemas identificados	Barreras que incluye	Agentes implicados	Relevancia
			Dependencia
Microgestión del SNS			
1. Falta de implicación y corresponsabilización de los profesionales	Dificultad operativa en la vinculación de los profesionales con el resultado	CCAA y Proveedores	+++ ND
	Existencia de incentivos contrarios a la incorporación de objetivos y metas por los profesionales	CCAA y Proveedores	++ ND
2. Gestión poco profesionalizada	Falta de credibilidad gestora (politización y acceso)	CCAA y Prestadores	+ ND
	Falta de capacidades para responder a los objetivos trasladados	CCAA y Prestadores	++ DP de 4 de mesogestión organizativa
3. Rigidez del modelo de gestión público de recursos humanos	Modelo que implica dificultades para la gestión	Administración central y CCAA	+ DP de 4 de mesogestión organizativa
	Modelo inadecuado para vincular desempeño y resultados	Administración central y CCAA	+++ DP de 3 de macrogestión y 4 de mesogestión organizativa

ND: No dependencia; DP: Dependencia parcial; DT: Dependencia total.

Fuente: Elaboración propia.

3.2. Priorización de líneas de mejora por el Grupo de Expertos

El grupo de expertos conformado por 12 personas vinculadas a los diferentes ámbitos de gestión del SNS realizaron un ejercicio de valoración y validación de los resultados descritos en la Tabla 1.

El ejercicio debía validar y priorizar las líneas de mejora identificadas en función de la relevancia de las mismas y de su factibilidad de desarrollarse en el corto o medio plazo. Así mismo el ejercicio permitía proponer incorporar otras líneas no identificadas en las fases anteriores o eliminar alguna de las consideradas.

En la **Tabla 2** se describe el resultado de este ejercicio. Se identifican en color diferente las líneas de mejora añadidas por el grupo de expertos (**morado**) o eliminadas (**granate**).

TABLA 2. Barreras y líneas de mejora priorizadas por el Grupo de Expertos y acciones propuestas.

Ámbito	Línea de mejora	Relevancia / Factibilidad*
Macrogestión: gobierno del SNS		
1. Cartera Básica de Servicios	Ausencia de una metodología explícita de actualización	+++ / +++
	Ausencia de una sistemática de evaluación de la innovación independiente	+++ / +++
	Ausencia de un mecanismo explícito de fijación de Precios y condiciones de acceso basado en el valor	+++ / +++
	Ausencia de criterios de priorización para la toma de decisiones de inversión y desinversión	+++ / +++
	Escasa incorporación de modelos de financiación basada en resultados	+++ / +++
	Copagos recaudatorios no vinculados a efectividad de las prestaciones	+ / ++
2. Gobernanza del SNS	Limitaciones en la capacidad de gobernanza del SNS vinculadas a la planificación, conducción y coordinación de los agentes	+++ / +
3. Modelo presupuestario del SNS	Marco normativo presupuestario del sector público inadecuado para la orientación de recursos y resultados	+++ / +
4. Compra pública	Normativa de compra pública no adaptada a los requerimientos	+++ / +++
Mesogestión: Organización del SNS		
1. Limitaciones en el proceso de planificación	No se articulan objetivos con recursos	+++ / ++
	No alcanza a definir responsabilidades concretas a los agentes	No se considera una barrera o línea de mejora existente
	No articula acciones intersectoriales ni las dimensiona económicamente	+++ / +
	No articula intervenciones preventivas ni de promoción de la salud con recursos	+++ / ++
2. Segmentación de riesgos no implementada	Dificultades para la definición explícita de los servicios y resultados a financiar	No se ha valorado
3. Coordinación asistencial	Escasa coordinación e integración clínica	+++ / +++
4. Rigidez del sector público	Dificultades de articular la corresponsabilización de los agentes	+++ / +
	Dificultades para generar autonomía de gestión	+++ / +
	Dificultades gestoras generales	Se propone eliminarla por poco concreta y estar implícita en las otras ya valoradas

TABLA 2. (Continuación) Barreras y líneas de mejora priorizadas por el Grupo de Expertos y acciones propuestas.		
Ámbito	Línea de mejora	Relevancia / Factibilidad*
Mesogestión: Articulación del SNS		
1. Mecanismos financieros de traslado de incentivos a los agentes inadecuados	Sistemas de asignación y pago a los proveedores con incentivos inadecuados	+++/>++
	Falta de un modelo económico que facilite la responsabilidad compartida inherente de la integración y coordinación clínica	+++/>++
2. Problemas en la disponibilidad, acceso y uso de la información	Falta de generación, acceso y uso de la información vinculada a resultados	+++/>++
	Impedimentos jurídicos y técnicos al acceso a la información (open data)	+++/>+++
	Inexistencia de un Modelo operativo de transparencia y rendición de cuentas	+++/>+
3. Falta de una visión estratégica a nivel MACRO y MESO	Nueva línea de mejora identificada por los expertos. Estaría muy relacionada con los elementos de Gobernanza descritos en el ámbito de MACROGESTIÓN	+++/>++
Microgestión		
1. Falta de implicación y corresponsabilización de los profesionales	Dificultad operativa en la vinculación de los profesionales con el resultado	Se propone eliminar por ser la misma que la siguiente
	Existencia de incentivos contrarios a la incorporación de objetivos y metas por los profesionales	+++/>+
	Resistencia de los profesionales a incorporar objetivos y metas impuestas	+++/>++
2. Gestión poco profesionalizada	Falta de credibilidad gestora (politización y acceso)	+++/>+
	Falta de capacidades para responder a los objetivos trasladados	+++/>++
3. Rigidez del modelo de gestión público de recursos humanos	Modelo que implica dificultades para la gestión	+++/>+
	Modelo inadecuado para vincular desempeño y resultados	+++/>++

Fuente: Elaboración propia.

*La valoración de signos positivos supone desde muy relevante/factible (+++) hasta poco relevante/factible (+).

En el ámbito de Macrogestión los expertos han mantenido las 8 líneas de mejora iniciales y no han incorporado ninguna de nueva. Respecto a la valoración de las mismas en cuanto a relevancia y factibilidad:

- Han considerado relevante y factible actuar sobre las barreras (o líneas de mejora) relacionadas con la actualización de la CS, tanto desde la perspectiva meto-

dológica, como de transparencia y de utilización de modelos de financiación vinculados a resultados.

- No consideran especialmente relevante la formulación de copagos selectivos vinculados al valor del producto, aunque su desarrollo iría en paralelo al resto de líneas de evaluación.
- Consideran necesaria y factible la, por otro lado obligatoria, adaptación de la normativa de compra pública española a la europea.
- Las líneas de mejora relacionadas con la gobernanza del sistema y el modelo presupuestario del sector público si bien se consideran muy relevantes son poco factibles a medio plazo ya que su abordaje es eminentemente político.

En el área de la mesogestión de las 9 líneas iniciales propuestas, los expertos han mantenido 6, han eliminado 3 y no han incluido ninguna de nueva. Las valoraciones de relevancia y factibilidad han sido las siguientes:

- Han valorado como muy relevante y factible la necesidad de coordinar e integrar asistencialmente el sistema a efectos disponer de un entorno operativamente adaptado a integrar el concepto de resultado.
- Las líneas de mejora vinculadas a la planificación se han considerado muy relevantes pero de factibilidad media o baja
- Las dirigidas a generar un entorno de gestión pública más flexible se han valorado como muy relevantes pero de baja factibilidad, ya que supone un cambio, nada simple, de la normativa pública.

En el área de mesogestión articuladora se han mantenido las 5 líneas iniciales propuestas y se ha añadido una. Las valoraciones en cuanto a factibilidad y relevancia han sido las siguientes:

- Las dos líneas de mejora vinculadas a los modelos de asignación de recursos, se consideran muy relevantes y de factibilidad media, tanto la referente a la incorporación de sistemas de pago prospectivo como la vinculada a la integración de recursos que den coherencia económica a la integración asistencial. No obstante ambas líneas son bastante dependientes del modelo presupuestario público considerado en el área de macrogestión.
- La disponibilidad y posibilidad uso de la información se considera muy relevante y factible, tanto desde su generación y uso hasta la adaptación de los requerimientos legales necesarios.
- La transparencia y rendición de cuentas, si bien se ha considerado muy relevante, los expertos son escépticos en su consecución y ven poco factible su desarrollo, por motivos eminentemente políticos.

- Se ha añadido una línea de mejora vinculada a la generación de una visión estratégica macro-meso-micro. Esta línea va muy relacionada con la comentada en el apartado de macrogestión sobre la gobernanza del sistema.

Finalmente en el área de microgestión, de las 7 líneas iniciales, se ha eliminado 1, se han mantenido 5 y no se incorporado ninguna de nueva.

La valoración de relevancia y factibilidad realizada por los expertos ha considerado en general una alta relevancia pero una baja factibilidad en todas las líneas y barreras consideradas. Las conclusiones más destacables son:

- La necesidad de alinear los objetivos e incentivos de los profesionales y vencer (con participación) su resistencia a aceptar la incorporación de metas, son elementos imprescindibles pero de difícil factibilidad en nuestro entorno en las condiciones actuales.
- Consideran relevante y medianamente factible mejorar la capacidad gestora y muy relevante despolitizar el acceso a los puestos de gestión, aunque lo ven poco factible.
- Actuar sobre la rigidez del modelo público para poder mejorar la capacidad gestora se ha considerado muy relevante pero difícil.

En el ejercicio realizado, los expertos, en algunos casos han apuntado posibles líneas de solución a los problemas identificados. En la **Tabla 3** se identifican, para algunas de las líneas de mejora priorizadas, potenciales recomendaciones de actuación.

En el ámbito de macrogestión los expertos apuestan por el desarrollo de una Agencia Asesora de Evaluación independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones y que diera, en definitiva, respuesta los problemas identificados en las decisiones de financiación y construcción de la CS.

También consideran necesario y posible dar respuesta a las limitaciones actuales de la compra pública mediante la trasposición de las directivas europeas.

En el resto de líneas, ven complicado proponer acciones operativas a corto y medio plazo aunque creen que es un buen momento político para elaborar un documento que defina las necesidades y los lineamientos de la gobernanza del sistema y proponer la necesidad de un nuevo modelo de normativa presupuestaria pública adaptado a las necesidades actuales.

En el ámbito de mesogestión, tanto organizativa como articuladora, se realizan pocas recomendaciones concretas que sean diferenciales a las ya realizadas en otros ámbitos. Se plantea la necesidad de adecuar los modelos de compra (para alinear recursos y resultados) a los prestadores, la dinámica presupuestaria general, los modelos retributivos de los profesionales, orientar más el sistema

TABLA 3. Recomendaciones de actuación en algunas líneas de mejora identificadas.

Ámbito	Línea de mejora	Acciones propuestas
Macrogestión: gobierno del SNS		
1. Cartera Básica de Servicios	Ausencia de una metodología explícita de actualización	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
	Ausencia de una sistemática de evaluación de la innovación independiente	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
	Ausencia de un mecanismo explícito de fijación de Precios y condiciones de acceso basado en el valor	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
	Ausencia de criterios de priorización para la toma de decisiones de inversión y desinversión	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
	Escasa incorporación de modelos de financiación basada en resultados	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
	Copagos recaudatorios no vinculados a efectividad de las prestaciones	Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones
2. Gobernanza del SNS	Limitaciones en la capacidad de gobernanza del SNS vinculadas a la planificación, conducción y coordinación de los agentes	Elaborar un documento validado por expertos y asociaciones que defina los lineamientos de la gobernanza del sistema y presentarlo al ámbito político para su discusión y aprobación
3. Modelo presupuestario del SNS	Marco normativo presupuestario del sector público inadecuado para la orientación de recursos y resultados	Proponer un nuevo modelo de normativa presupuestaria adaptado a las necesidades.
4. Compra pública	Normativa de compra pública no adaptada a los requerimientos	Trasponer las directivas: Es factible y además es lo legalmente adecuado en base a las directivas europeas

TABLA 3. (Continuación) Recomendaciones de actuación en algunas líneas de mejora identificadas

Ámbito	Línea de mejora	Acciones propuestas
Mesogestión: Organización del SNS		
1. Limitaciones en el proceso de planificación	No se articulan objetivos con recursos	Adecuar la normativa de compra de forma que se puedan desarrollar modelos contractuales vinculados a resultados
	No articula acciones intersectoriales ni las dimensiona económicamente	Los expertos lo limitan a la necesidad de articular el ámbito social y sanitario
	No articula intervenciones preventivas ni de promoción de la salud con recursos	Los expertos identifican aquí la necesidad de centrar la visión del SNS en la promoción y prevención pero no se establecen acciones concretas
2. Coordinación asistencial	Escasa coordinación e integración clínica	NO SE HAN PLANTEADO ACCIONES YA QUE ESTAN DEFINIDAS EN OTRAS LINEAS
3. Rigidez del sector público	Dificultades de articular la corresponsabilización de los agentes	Las acciones se vinculan a la posibilidad de alinear financiación con resultados comunes Consensuar políticas estratégicas entre los agentes
	Dificultades para generar autonomía de gestión	Promoverla
Mesogestión: Articulación del SNS		
1. Mecanismos financieros de traslado de incentivos a los agentes inadecuados	Sistemas de asignación y pago a los proveedores con incentivos inadecuados	Desarrollar capacidad contractual vinculada a resultados Modificar los modelos retributivos de los profesionales
	Falta de un modelo económico que facilite la responsabilidad compartida inherente de la integración y coordinación clínica	Modificar el modelo presupuestario del SNS
2. Problemas en la disponibilidad, acceso y uso de la información	Falta de generación, acceso y uso de la información vinculada a resultados	Potenciar los SI como instrumentos para la mejora de calidad y evaluación del resultado
	Impedimentos jurídicos y técnicos al acceso a la información (open data)	NO SE PLANTEAN ACCIONES
	Inexistencia de un Modelo operativo de transparencia y rendición de cuentas	NO SE PLANTEAN ACCIONES
3. Falta de una visión estratégica a nivel MACRO y MESO	Nueva línea de mejora identificada por los expertos. Estaría muy relacionada con los elementos de Gobernanza descritos en el ámbito de MACROGESTIÓN	Consensuar una política estratégica que integre a todos los ámbitos gestores y a todos los agentes. RECOMENDACIONES SIMILARES A LAS DE GOBERNANZA

TABLA 3. (Continuación) Recomendaciones de actuación en algunas líneas de mejora identificadas

Ámbito	Línea de mejora	Acciones propuestas
Microgestión		
1. Falta de implicación y corresponsabilización de los profesionales	Dificultad operativa en la vinculación de los profesionales con el resultado	Mejorar los procesos de consenso e implicación de los profesionales en la definición de resultados esperados
	Existencia de incentivos contrarios a la incorporación de objetivos y metas por los profesionales	Mejorar los procesos de consenso e implicación de los profesionales en la definición de resultados esperados
	Resistencia de los profesionales a incorporar objetivos y metas impuestas	Mejorar los procesos de consenso e implicación de los profesionales en la definición de resultados esperados
2. Gestión poco profesionalizada	Falta de credibilidad gestora (politización y acceso)	Formalización de los procesos de acceso a puestos gestores
	Falta de capacidades para responder a los objetivos trasladados	Mejorar la capacitación en gestión de los profesionales
3. Rigidez del modelo de gestión público de recursos humanos	Modelo que implica dificultades para la gestión	Modificar el modelo presupuestario público Desarrollar capacidad contractual vinculada a resultados Modificar los modelos retributivos de los profesionales
	Modelo inadecuado para vincular desempeño y resultados	Desarrollar capacidad contractual vinculada a resultados Modificar los modelos retributivos de los profesionales

a la promoción y prevención y utilizar la información como elemento guía de las decisiones.

Todos estos aspectos, con excepción quizás del uso de la información, están estrechamente vinculados a cambios relevantes pero complicados ya formulados que afectan a la gobernanza y normativa pública.

La microgestión centra sus recomendaciones en elementos que necesariamente han de desarrollarse más operativamente para estar en condiciones de alinear a los profesionales con los objetivos y metas que el SNS plantea.

Según los expertos se ha cambiado el modelo de participación en las decisiones de los profesionales, como forma de implicarlos y romper las resistencias a incorporar objetivos y metas. Se plantea también la necesidad de estructurar un proceso transparente de acceso a los cargos de gestión.

Finalmente se vuelve a plantear en esta área la necesidad de incorporar cambios en el modelo presupuestario y de gestión pública, que permita la necesaria capacidad y corresponsabilidad gestora.

3.4. Revisión de tendencias internacionales en la incorporación y financiación de la innovación en las carteras de prestaciones de los sistemas de salud

Se han seleccionado y revisado más de 40 artículos publicados en los últimos 10 años, que describen y analizan tendencias de gestión de la innovación. Esta revisión tiene por objeto conocer las tendencias sobre modelos de incorporación y financiación de la innovación, abarcando aspectos conceptuales de los mismos, criterios utilizados para su aplicación y organización a través de la cual se articulan.

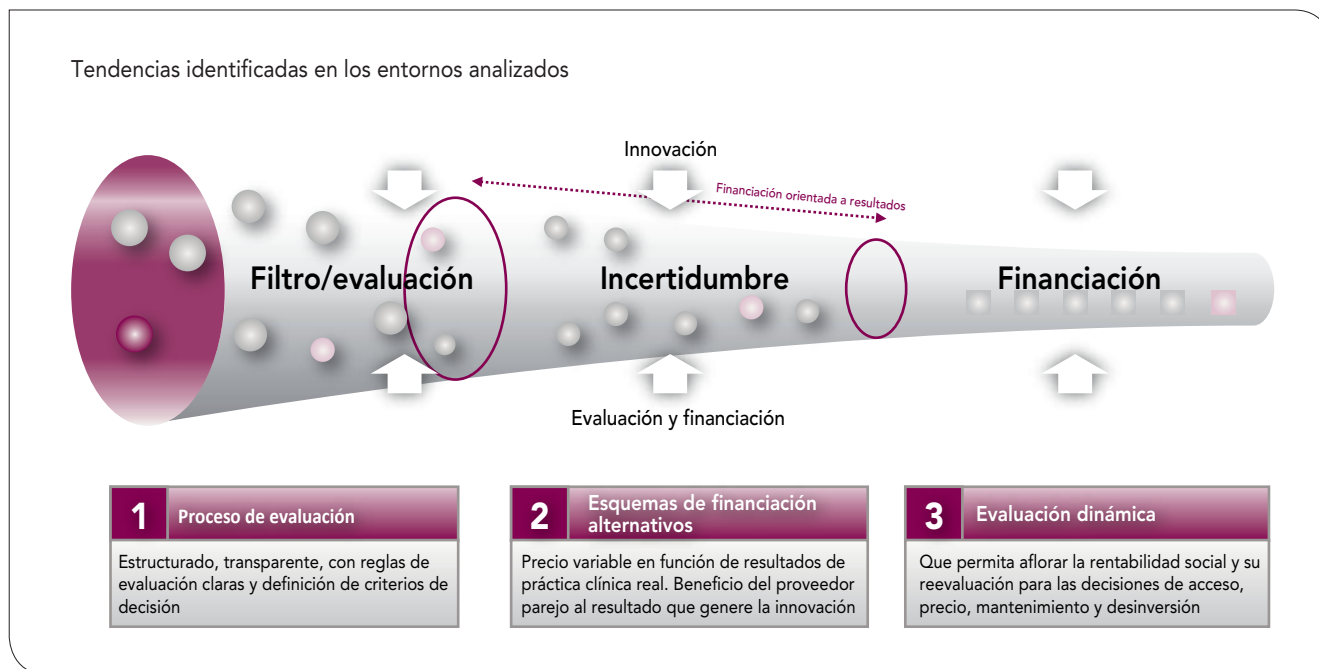
La búsqueda se ha concentrado en elementos que tienen una perspectiva sistémica, concretada en la incorporación de la innovación a las carteras de prestaciones de los sistemas de salud, detallando los elementos conceptuales que diferencian y caracterizan los modelos de incorporación y financiación, las tipologías existentes y sus utilidades, los criterios de aplicación más habituales, y la evidencia existente de impacto de la aplicación de estos modelos.

3.4.1. Entornos analizados y tendencias

Las experiencias incluidas en la revisión afectan prácticamente todos los países desarrollados (Unión Europea, Estados Unidos, Canadá, Australia, Nueva Zelanda) y algunos otros con experiencias más puntuales. Los elementos organizativos y estructurales más relevantes identificados se focalizan en tres elementos fundamentales.

1. Desarrollo de un **proceso de evaluación de la innovación estructurado, pautado y transparente** que incluye elementos técnicos y sociales, que tiene por objetivo evaluar y ponderar su valor terapéutico e identificar las incertidumbres vinculadas. Este aspecto es considerado como imprescindible para poder abordar en condiciones la gestión de la innovación y vincular su precio y condiciones de acceso al valor que aporta ahora y en el futuro al Sistema de Salud. Todos los entornos analizados establecen unas **reglas de evaluación claras y definen (más o menos explícitamente) criterios para la toma de decisiones** de incorporación (o exclusión) y financiación de la innovación.
2. La mayoría de entornos están desarrollando **esquemas de financiación e incorporación de la innovación, alternativos a los tradicionales, que pretenden dar respuesta a las incertidumbres** que dificultan fijar un precio basado en el valor que aporta. Su denominador común es que el precio de la innovación no será fijo sino que variará en función de lo que ocurra en la práctica real. Estos esquemas pretenden que el proveedor de la innovación no sea indiferente a las consecuencias de la utilización del producto o, dicho de otra forma, que su beneficio vaya paralelo a lo que el producto genere en el sistema de salud, haciendo confluír los intereses de todos los agentes implicados. El cometido básico de estos mecanismos es el de repartir el riesgo entre los agentes y obligar a las partes implicadas a:

- a. Considerar las incertidumbres asociadas a la incorporación de nuevas terapias, tanto desde la perspectiva clínica como económica
 - b. Orientar las decisiones de inclusión y financiación hacia el valor añadido e impacto real del producto en el mercado en el que participa
 - c. Integrar las consecuencias derivadas de la utilización de la innovación de forma que todas las partes acuerden objetivos similares y tengan los incentivos adecuados a conseguirlos
 - d. Integrar un mecanismo dinámico de regulación de las relaciones en función de los resultados
3. Los entornos analizados tienden a un **mecanismo dinámico de evaluación de la innovación** que realmente **aflore su rentabilidad social en la práctica real**, y que permita su **reevaluación en el tiempo para la toma de decisiones de acceso, precio, mantenimiento y desinversión**. Estos procesos, obviamente, requieren de una organización alineada, de sistemas de información adecuados y de un modelo claro de gobierno de las relaciones.



▲ **Figura 5.** Tendencias internacionales en la incorporación y financiación de la innovación en las carteras de prestaciones de los sistemas de salud.

Tanto el segundo como el tercer elemento general mencionado en los párrafos anteriores suponen una evaluación dinámica de la innovación más allá del modelo binario actualmente establecido, reemplazando las fases de pre- y post-aprobación del fármaco por entradas en el mercado de las innovaciones más graduales y dinámicas. Es en este marco conceptual en el que se integran los elementos operativos de los Acuerdos de Riesgo Compartido (ARC) como fórmulas de financiación vinculadas al resultado, los modelos de financiación temporal de la innovación sujeta a la generación de evidencia en práctica real o las licencias adaptativas.

3.4.2 Elementos de decisión y su articulación en los entornos analizados

La aplicación de esquemas de incorporación y financiación alternativos de la innovación terapéutica, comúnmente conocidos como ARC, en todos los entornos analizados, deriva de la valoración de determinados elementos vinculados a la innovación, a su valor terapéutico, a su coste para el sistema de salud y a las incertidumbres vinculadas a su incorporación en el mercado.

La evaluación del valor terapéutico añadido de una innovación en una determinada indicación es un elemento previo indispensable para la decisión de incorporación a la cartera de prestaciones y para el establecimiento de sus condiciones de financiación. Sin esta valoración el proceso de decisión es difícil, por no decir imposible.

Los aspectos que incluye este ejercicio previo a las decisiones de acceso y financiación abarcan casi siempre la valoración de la eficacia/efectividad de la innovación y de la eficacia/efectividad comparada con otras alternativas disponibles, el conocimiento de las condiciones de uso de la innovación, la estimación de la relación coste-efectividad incremental, fronteras de eficiencia y de su impacto presupuestario.

TABLA 4. Organismos evaluadores identificados.

País	Organismo evaluador
UK	<i>National Institute of Clinical Excellence</i>
Francia	<i>Commission de la Transparence</i>
Australia	<i>Pharmaceutical Benefits Advisory Committee</i>
Italia	AIFA
Holanda	CVZ

Fuente: Elaboración propia.

Todos los entornos analizados disponen de mecanismos explícitos y estructurados de evaluación de la innovación, incluyendo en este concepto no solo la valoración técnica en términos de eficacia y seguridad, sino también la social, vinculada a la innovación. En la **Tabla 4** se identifican como ejemplo algunos de los ámbitos evaluadores.

Uno de los elementos que en todos los ámbitos analizados se incorpora a las decisiones de financiación, es la incertidumbre que, una vez evaluada la innovación, se identifica en cuanto a su potencial valor terapéutico. Se incluyen en este concepto la: 1) **Incertidumbre vinculada a la eficacia, seguridad o efectividad del tratamiento en la indicación**; 2) **Incertidumbre vinculada a la eficacia o efectividad comparada**; 3) **Incertidumbre vinculada a la evaluación económica del tratamiento en la indicación** y 4) **Incertidumbres vinculadas al impacto presupuestario de la innovación en el SNS**.

Las experiencias revisadas indican que los elementos explícitos utilizados por los decisores, al margen del valor terapéutico y de las incertidumbres, requieren además de criterios claros de priorización vinculados con la **disponibilidad y posibilidad de hacer frente a la inversión que supone la incorporación de un determinado medicamento en la cartera de prestaciones**. En la **Tabla 5** se resumen algunos de los criterios explícitos o implícitos identificados en la revisión de las experiencias internacionales. En la **Tabla 6** se identifican algunos de los criterios utilizados en la toma de decisiones.

TABLA 5. Criterios utilizados en la toma de decisiones de financiación de la innovación.

País	Existencia de incertidumbres	Precio solicitado elevado	Umbral de RCEI máxima	Impacto presupuestario definido
Suecia	SI	Se desconoce	Se desconoce	Se desconoce
Reino Unido	SI	SI	SI	Se desconoce
Francia	SI	SI	Se desconoce	SI
Australia	SI	SI	SI	SI
Italia	SI	SI	Se desconoce	SI
Holanda	SI	SI	Se desconoce	SI

RCEI: *Ratio coste-efectividad incremental*.

Fuente: *Elaboración propia*.

Es destacable que la mayoría de los entornos analizados no hace explícitos los **criterios tangibles de decisión**. Más allá de los umbrales de disponibilidad a pagar utilizados en Reino Unido o Australia, y los límites de impacto presupuestario definidos en este último país y en Holanda, no se aportan valores específicos.

TABLA 6. Elementos vinculados a la incorporación y financiación de la innovación a las carteras de prestaciones de los países analizados.

País	Responsable y ámbito de aplicación	Elementos	Otros aspectos relevantes	Experiencia documentada
Suecia	TLV Nacional	Evaluación previa	Utiliza modelos dinámicos de incorporación de la innovación con evaluaciones en práctica real	15 publicados Sistemas de registro
Reino Unido	NICE Nacional	Evaluación previa RCEI Umbral	Incluye modelos de financiación variados englobados en el PAS (Patient access schemes)	Más de 25 esquemas en los últimos 10 años Múltiples modelos
Francia	CT y CP Nacional	Evaluación previa Valor de IP en el sistema	Utiliza modelos de todo tipo, incluidos garantía de resultados y financiación condicionada	Múltiples modelos Se desconoce el número
Australia	PBAC Nacional	Evaluación previa RCEI Umbral Valor de IP en el sistema		
Italia	AIFA Nacional	Evaluación previa	Utiliza modelos de garantía de resultados y de financiación condicionada	Más de 33 desde 2012 Sistema de Registro
Holanda	CVZ Nacional	Evaluación previa Valor de IP en el sistema	Utiliza modelos de garantía de resultados y de financiación condicionada	26 medicamentos de alto coste y 10 huérfanos desde 2011. Sistema de registro
EEUU	Cada Aseguradora para su población de cobertura	Cada aseguradora establece los suyos	Modelos de todo tipo	20 publicados pero potencialmente muchos más

Fuente: *Elaboración propia.*

Sin embargo, parece claro que en prácticamente todos los entornos se utilizan algunos valores de referencia y se prioriza la toma de decisiones en la aplicación de modelos de financiación alternativos para aquellos productos que, en definitiva, supongan un esfuerzo económico relevante para el sistema, ya sea por un coste o IP elevados.

3.4.3. Impacto de los modelos de incorporación y financiación de la innovación

Un elemento habitual de la aplicación de modelos innovadores de financiación e incorporación de la innovación vinculada a resultados es la confidencialidad de los pactos alcanzados entre el pagador y los proveedores. Por este motivo, la

información disponible aborda únicamente aspectos cualitativos lo que dificulta la evaluación cuantitativa del impacto de su aplicación.

Desde una perspectiva cualitativa, los diferentes análisis incorporan algunos elementos útiles sobre el desarrollo de estos esquemas. Todos los estudios cualitativos, identifican externalidades positivas vinculadas con la información que producen, pero sobre todo con el impacto que podrían llegar a tener en la utilización de los medicamentos, ya que incorporan a todos los agentes a un modelo óptimo de uso del fármaco, reduciendo potencialmente su utilización inadecuada y su variabilidad. No obstante, ningún estudio evalúa este impacto en la realidad ni lo cuantifica. En definitiva es difícil estimar qué hubiera pasado sin aplicar estos modelos.

El único entorno identificado que aporta información cuantitativa y de impacto de una política de aplicación de modelos de financiación e incorporación de la innovación a nivel sistémico es el Italiano en el periodo 2007-2012 y, pone de manifiesto que los diferentes ARC utilizados han afectado a 26 medicamentos y han generado al SNS unos retornos, en euros de 2102, de 121 millones de euros sobre los 3.696 millones gastados (3,3%). Los retornos identificados son diferenciales en función del producto y de los esquemas utilizados. Se destaca que el relativamente escaso impacto económico identificado deriva de otros factores a tener en cuenta, como son los diferentes modelos de ARC utilizados y las ineficiencias administrativas que pueden llegar a suponer hasta un 32% de los retornos que deberían haberse producido. Se incluyen entre estas ineficiencias problemas de registro de información o errores administrativos (11%), o situaciones de litigio con las compañías (22%).

3.4.4. Conclusiones de la revisión de incorporación y financiación de la innovación

De las experiencias revisadas pueden concluirse algunos elementos organizativos y estructurales relevantes y aplicables en nuestro entorno:

1. Los modelos de decisión de incorporación y financiación de la innovación son casi siempre de carácter estatal, llevados a cabo desde el ámbito financiador del sistema.
2. Todas las experiencias analizadas incorporan un proceso de evaluación de la innovación de forma estructurada y pautaada, que tiene por objetivo ponderar el valor añadido e identificar incertidumbres vinculadas al mismo. Este proceso evaluativo incorpora siempre aspectos técnicos y sociales, y es imprescindible para la toma de decisiones posterior.
3. La utilización de estos esquemas vinculados a resultados afecta a un cierto número de productos y, en ningún caso, se aplican como estrategia general.

4. La mayoría de los entornos definen criterios para la toma de decisiones en la incorporación de la innovación y su modelo de financiación. Los criterios de decisión son variables, pero se fundamentan en cuatro elementos, el coste unitario de la innovación, el coste esperado para el sistema, la RCEI o la evaluación económica y la magnitud de las incertidumbres futuras de uso o de efectividad.
5. No todos los entornos disponen de criterios explícitos y cuantificados. También es cierto que estos criterios, si bien pueden tener validez desde un punto de vista conceptual, su cuantificación es difícilmente extrapolable entre entornos.
6. Cada sistema establece el nivel de incertidumbre que está dispuesto a asumir, en función de las características de la innovación, de la patología a la que va dirigida y del impacto potencial en el sistema. No se hacen explícitos en la mayoría de los casos los criterios específicos de ponderación de la incertidumbre ni parece existir un criterio único y universal de decisión.



▲ **Figura 6.** Conclusiones de las experiencias internacionales de incorporación y financiación de la innovación .

7. Todos los entornos analizados parecen presentar una voluntad explícita de desarrollo de mecanismos dinámicos de evaluación de la innovación que realmente aflore su rentabilidad social en la práctica real, y que permita su reevaluación en el tiempo.
8. Las evidencias disponibles del impacto de estos modelos de financiación son muy escasas. Las condiciones de confidencialidad de los acuerdos, así como las condiciones de aplicación de los mismos en entornos reales, complican la potencial comparación de sus efectos frente a escenarios alternativos.

3.5. Revisión de experiencias de modelos de pago por resultados en los sistemas de salud

Bajo el concepto de Pago por Resultados (P4P) se integra un conjunto heterogéneo de fórmulas dirigidas a trasladar los recursos a los proveedores de servicios de salud mediante sistemas de pago que incorporen incentivos claros a la consecución de determinados objetivos clínicos individuales y poblacionales, a la utilización de prácticas efectivas y/o eficientes, a la reducción de la variabilidad clínica o a la adherencia de los profesionales a prácticas clínicas óptimas.

En definitiva, estos modelos intentan que la forma en que lleguen los recursos a los prestadores no sea indiferente a lo que hacen, a como lo hacen y a lo que acaban consiguiendo.

El concepto no es nuevo y parte de la base teórica de la necesidad de alinear adecuadamente los incentivos entre los diferentes agentes que participan en la construcción y consecución de los resultados de un Sistema de Salud.

Actualmente en muchos entornos se están desarrollando iniciativas de este tipo. Estados Unidos, en un entorno fundamentalmente privado, ha desarrollado iniciativas de este tipo entre aseguradoras y prestadores desde los años 90 y más recientemente, las mismas han sido claramente incentivadas por la reciente reforma sanitaria. No obstante estas iniciativas se identifican también en la mayoría de los países europeos, incluido España y en más de 15 países de la OCDE.

Este capítulo pretende realizar un revisión general de estas estrategias a efectos de aportar información relevante para el objetivo del informe y para la generación de recomendaciones útiles en nuestro entorno.

3.5.1. Resultados de la revisión de experiencias publicadas

La búsqueda realizada en los últimos 5 años ha identificado más de 130 artículos que revisan este tema, tanto desde la perspectiva de experiencias concretas, como de revisiones sistemáticas que pretenden evaluar la efectividad y eficiencia que aportan, desde una perspectiva genérica, los programas P4P a los sistemas u organizaciones de salud que los implementan.

Dado el objetivo de este informe nos hemos centrado en aquellos trabajos que realizan revisiones, sistemáticas o no, del tema y hemos descartado la revisión de experiencias puntuales. El número de artículos revisados es de 38, e integran información de evaluaciones de efectividad y eficiencia de estrategias P4P en múltiples entornos y sistemas de salud que van desde modelos privados, como el de EEUU, a entornos públicos como los europeos o mixtos, incluyendo experiencias tanto en países desarrollados de altos ingresos como en países en desarrollo o de ingresos medios y bajos.

Ya en el año 2008, el informe SESPAS hacía referencia a la evidencia disponible de este tipo de modelos de relación entre agentes y planteaba la inexistencia de datos concluyentes sobre la mejoras en efectividad y en eficiencia que derivaban de su aplicación. La situación ha cambiado poco, continúa sin existir, a pesar de que se han llevado a cabo y publicado muchas revisiones en estos últimos años, una evidencia clara del beneficio en términos sanitarios y/o económicos de estos programas.

Si bien es cierto que la mayoría de ellos muestran beneficios modestos en la consecución de los objetivos o indicadores planteados y parece que no generan excesivos efectos adversos, los resultados son variables y muy marcados por la heterogeneidad de los estudios y por el diseño de los mismos, que en muy pocos casos aporta la validez interna suficiente como para que las conclusiones puedan ser poco discutibles.

Además, los pocos estudios que estratifican los análisis en función del diseño identifican respuestas con tendencias poco homogéneas siendo, en muchas ocasiones más positivos para la intervención aquellos con diseños observacionales no controlados y cualitativamente más débiles, que los derivados de estudios experimentales o con diseños más robustos.

Respecto a la eficiencia (coste-efectividad) derivada de la aplicación de estas estrategias, la evidencia disponible es aún más escasa. Si bien las pocas evaluaciones no indican que los P4P tengan una inadecuada relación coste-efectividad, los estudios son muy pocos, con metodologías diversas y, en muchos casos no identifican claramente los costes que supone el desarrollo de estas iniciativas.

Así por ejemplo, las conclusiones del programa QOF (*Quality and Outcomes Framework*) desarrollado en el *National Health Service* (NHS) del Reino Unido, que es uno de los programas P4P que lleva más tiempo de ejecución y del que se han realizado más de 125 estudios de evaluación, son similares a las conclusiones generales planteadas en otros entornos. Se aprecia una tendencia general a beneficios modestos, que suelen conseguirse en los primeros años de aplicación pero que con el tiempo se neutralizan. Estos beneficios están mayoritariamente vinculados a indicadores intermedios y en menor medida a modestas reducciones de mortalidad y de acceso a servicios hospitalarios y/o de urgencias, reducción de

las brechas de atención entre poblaciones en función de su situación social, mejor adherencia y cumplimiento de recomendaciones clínicas, pero, en definitiva nada lo suficientemente concluyente en términos de efectividad y muy poco, por no decir nada en términos de eficiencia.

Todos los estudios analizados que revisan o pretenden realizar una revisión sistemática de los beneficios derivados de estas estrategias concluyen que falta evidencia para poder realizar recomendaciones sistemáticas y que hacen falta estudios más robustos de investigación sobre sus impactos para poder extraer recomendaciones específicas. Si los efectos positivos de estas estrategias no están hoy en día contrastados, sus potenciales efectos negativos o incentivos perversos, como el empeoramiento de indicadores en intervenciones no incentivadas, selección de pacientes, efectos negativos sobre profesionales no incluidos en los programas o inequidades en el acceso a determinados servicios, tampoco han podido ser contrastados.

En consecuencia, todos los autores, recomiendan cautela en su desarrollo y aplicación y el desarrollo de modelos evaluativos sistemáticos.

No obstante la pregunta relevante es ¿Se han analizado adecuadamente todas las consecuencias derivadas de estas estrategias? ¿La metodología habitual de revisión de la evidencia es válida para estas estrategias? ¿Debería plantearse una evaluación más holística de estas estrategias para poder establecer sus consecuencias para los Sistemas de Salud?.

Estas preguntas tienen hoy en día pocas respuestas, pero algunos autores han planteado estas dudas y algunos organismos como la OMS, ha desarrollado algún análisis más integral de casos de aplicación de estrategias P4P a nivel internacional.

3.5.2. Dificultades y alternativas en la evaluación de las estrategias P4P

En este sentido, algunos autores ponen en evidencia las potenciales limitaciones de las evaluaciones sistemáticas llevadas a cabo desde una perspectiva metodológica habitual y muy centrada en aspectos cuantitativos.

En primer lugar, es importante resaltar que los programas de P4P son, fundamentalmente, intervenciones organizativas, con múltiples elementos que pueden, de una forma u otra, incorporar aspectos diferenciales entre ellas, aun siendo su objetivo el mismo. Este aspecto es relevante, ya que la mayoría de las revisiones sistemáticas analizadas integran bajo el concepto de P4P intervenciones que potencialmente pueden ser muy diferentes desde la perspectiva operativa.

La incorporación de un sistema de pago vinculado a unos determinados resultados es, únicamente uno de los elementos relevantes de un programa de este tipo. La relevancia clínica de los indicadores, la participación de los profesionales en su selección, la direccionalidad de los mismos (una patología o un conjunto de pato-

logías), lo fragmentada o integrada que contemple la atención, la estructura de los servicios de salud en lo que se aplica, la aplicación de los incentivos a grupos de médicos o a médicos individuales, la magnitud del incentivo, la disponibilidad de tecnologías de la información que permitan el registro y evaluación continua, la utilización de la comparación de resultados (*benchmarking*), la madurez organizativa y gestora de los proveedores o el propio modelo o capacidad de gestionar el cambio que tengan compradores y proveedores, son aspectos, entre otros, que potencialmente pueden tener más relevancia que el propio incentivo.

Así mismo, los programas P4P, como intervención organizativa, son muy dependientes del modelo sanitario en el que se desarrollan, de sus políticas y de la forma de articular las relaciones entre los agentes compradores y proveedor. Por tanto, tampoco está claro que estos modelos tengan, desde la perspectiva operativa, validez externa y que sus efectos, o incluso su desarrollo, en un determinado entorno sea extrapolable a otro.

En el año 2014 la Organización Mundial de la Salud a través del Observatorio Europeo de sistemas de salud, editó una extensa revisión sobre las estrategias P4P que incluye la valoración de 8 casos de P4P aplicados al ámbito asistencial de Atención primaria (Australia, Estonia, Nueva Zelanda, Alemania, Reino Unido, Francia, Turquía, California–EEUU) y 4 aplicados a hospitales (Sao Paulo-Brasil, Corea del Sur y 2 de EEUU). Esta revisión, si bien llega a las mismas conclusiones de todos los autores analizados hasta ahora, utiliza una perspectiva mucho más amplia a la hora de valorar estos modelos y sus potenciales beneficios en un sistema de salud.

Los casos se analizan a través de la información que aportan 55 parámetros vinculados a los objetivos y operativa de los programas. Uno de los elementos ampliamente discutidos y analizados es el papel de los P4P como articuladores de las relaciones de compra y provisión y, por tanto, como instrumentos operativos de la gobernabilidad del Sistema de Salud.

Desde esta perspectiva los autores concluyen que estos programas juegan un importante papel en la articulación y gobierno del sistema, ya que en ellos se articulan los elementos fundamentales que permiten alinear a los agentes y trasladar los objetivos.

Así la necesidad de seleccionar y establecer los objetivos estratégicos del sistema de salud, generar incentivos alrededor de las recomendaciones basadas en la evidencia, incentivar en todos los ámbitos el registro y análisis de la información sobre los procesos asistenciales y sus resultados, canalizar las relaciones entre compradores y proveedores, disponer de la información que se genera para identificar áreas de mejora en la compra, planificación y provisión de servicios, alinear los objetivos del sistema con los objetivos organizativos y estratégicos de los proveedores o promover la mejora continua a través de la comparación de resultados entre ámbitos de prestación, son aspectos que seguramente van mucho más allá del sistema de pago que se utilice.

De acuerdo con las consideraciones de los autores es necesario poder estimar el impacto completo de estos programas, pero también su construcción y adaptación al entorno en el que se desarrollan, a efectos de poder valorar, no solo lo que producen, sino la factibilidad e idoneidad del proceso actual e identificar cuáles de los diferentes elementos que los componen pueden tener una mayor relevancia a la hora de explicar sus éxitos o fracasos.

La revisión de los casos llevada a cabo ofrece conclusiones similares a las ya disponibles en relación a la efectividad y eficiencia de los programas P4P:

1. Se identifican mejoras relevantes en algunos de los programas analizados en la cobertura de algunos servicios preventivos pero no en otros.
2. Algunos de los casos analizados demuestran una modesta pero significativa mejora en la gestión de procesos crónicos.
3. Los programas hospitalarios no demuestran mejoras en la gestión y resultados de los procesos incluidos en la intervención.
4. En general todos los programas analizados fallan a la hora de demostrar mejoras claras en resultados sanitarios.
5. Los programas analizados tienen efectos modestos en la mejora de la equidad, aunque algunos de ellos han conseguido algún éxito en mejorar el acceso a los servicios a poblaciones excluidas o a determinados ámbitos geográficos.
6. Ningún programa ha puesto especial énfasis en medir la experiencia de los pacientes, por lo que este parámetro de análisis es desconocido.
7. Los programas que demuestran mejoras en los procesos incluidos, han identificado algunos efectos en contención de costes y una mayor eficiencia.
8. No se han generado grandes eficiencias ni ahorros de costes explícitos vinculados a la generación de incentivos.
9. No se han medido en general los costes que la implementación de los programas han supuesto para los proveedores, pero estos pueden ser importantes.

Por otro lado, en relación a otros aspectos vinculados a los programas se destaca que las mejoras en la generación y análisis de información, es posiblemente uno de los efectos más positivos de los mismos y que la disponibilidad de información relevante y un marco concreto de objetivos supone una importante mejora en la comunicación y articulación entre proveedores y compradores. En definitiva estos programas obligan a que los compradores mantengan posturas activas, concreten sus objetivos y tengan que medir resultados.

Así mismo, ninguno de los programas analizados parece haber generado efectos indeseables relevantes, aunque en muchos casos este es un aspecto poco controlado en el análisis. Finalmente el tipo y el tamaño del incentivo no parece ser un

aspecto especialmente relevante a la hora de explicar los resultados y además, es difícilmente extrapolable su efecto, ya que, según los autores, en muchas ocasiones responde a las características culturales del entorno.

Los aspectos operativos y de diseño que, para los autores del documento, tienen más relevancia a la hora de explicar el éxito de los programas analizados son los siguientes:

1. Los programas son más efectivos cuando están alineados y refuerzan estrategias generales e incluyen objetivos y directrices clínicas aceptadas por todos los agentes implicados.
2. Los programas parecen obtener mejores resultados cuando el incentivo está integrado en un modelo de pago subyacente y lo complementa.
3. Los programas parecen ser más efectivos cuando se centran en problemas específicos e integran un enfoque amplio de mejora.
4. La estructura de la prestación de servicios es un elemento importante para el resultado de los programas y estos parecen funcionar mejor en organizaciones proveedoras amplias, que integran diferentes niveles de atención y especialmente en las urbanas.

3.5.3. Programas de pago por resultados desarrollados en el SNS español

En el SNS español no son extraños los modelos de pago a proveedores que vinculan incentivos y resultados esperados. Prácticamente en todas las CC.AA. se establecen contratos o acuerdos de gestión con los centros de atención primaria que incorporan una parte variable de la retribución a la entidad proveedora o a los profesionales vinculada con objetivos prioritarios ya sea de accesibilidad, de efectividad o de eficiencia. Los objetivos derivan normalmente de la planificación y se suelen centrar en aspectos priorizados. No obstante existen pocas evaluaciones del impacto de los mismos en los resultados obtenidos.

También existen modelos de pago prospectivos en hospitales o en entornos integrados (incorporan más de un nivel asistencial), del tipo de pago por caso ponderado por complejidad (Cataluña por ejemplo) en hospitales o modelos capitativos o parcialmente capitativos en entornos integrados.

Todos estos programas bastante generalizados en nuestro entorno, incorporan de forma sistemática, sobre todo en primaria, objetivos relacionados con el presupuesto y/o utilización de medicamentos, ya sea en forma de topes presupuestarios por unidad de atención primaria o médico o indicadores de utilización que modulan la parte variable de la relación económica. Uno de los aspectos frecuentemente vinculados con la retribución variable es la incorporación de innovaciones consideradas por el pagador, como ineficientes o que no aportan valor terapéutico añadido.

3.5.4. Relevancia de los modelos de pago por resultados para la incorporación de la innovación

Como ya se ha descrito en los apartados anteriores, si bien los efectos de estos programas en la mejora de los resultados no son concluyentes y su desarrollo debe ser cauteloso y vigilar y prevenir sus potenciales perversidades, parece evidente que su utilización como estrategia sistémica no es inadecuada y es capaz de articular adecuadamente la gobernanza del sistema y las relaciones entre los agentes.

De hecho como ya se ha desarrollado, estos programas permiten alinear objetivos, recursos y resultados y permiten además, incorporar al Sistema de Salud la necesidad de medir y la incorporación sistemática del registro y análisis de información, así como el estar en disponibilidad de comparar el desempeño de los diferentes proveedores y monitorizar de forma adecuada sus resultados.

Respecto de la innovación terapéutica estos programas reporta como mínimo dos beneficios bastante indiscutibles:

1. Toda innovación que base su valor en mejorar los resultados sanitarios se ve fortalecida por un sistema que a nivel de desempeño de la prestación premia la mejora de resultados. Dicho de otra forma los modelos de pago y traslado de objetivos a los proveedores que en parte están vinculados a los resultados obtenidos, benefician a la innovación que ayuda a estos proveedores a cumplir los objetivos.
2. El necesario desarrollo de la capacidad de medir que implica esta dinámica, obliga a todas las partes a registrar y monitorizar lo que se obtiene, lo cual es también intrínsecamente útil para gestionar adecuadamente y de forma dinámica la incorporación de la innovación y sus incertidumbres.

3.6. Revisión de tendencias en los modelos de relación entre la industria innovadora y los sistemas de salud

Se han identificado 9 documentos que permiten resumir algunos elementos claves respecto a las tendencias en el cambio de las relaciones entre las industrias innovadoras y los Sistemas de Salud basados en un planteamiento de alianzas estratégicas vinculadas a objetivos comunes entre pagadores y compañías farmacéuticas innovadoras

Este planteamiento no es nuevo. En Estados Unidos durante la década de los 90 se empezaron a plantear alianzas vinculadas al “*managed care*” que suponían un cambio sustancial en el modelo de negocio de la industria farmacéutica. Estos desarrollos, fundamentalmente vinculados a movimientos de integración vertical de la industria, dieron lugar a experiencias de gestión integral de patologías e incluso a modelos de financiación entre pagadores e industria que nada tenían que ver con el medicamento en sí, sino que se vinculaban a pagos capitativos para la gestión completa de un proceso asistencial.

Hoy en día, como ya se ha desarrollado en los apartados anteriores muchos entornos pagadores han utilizado y utilizan fórmulas de incorporación y financiación de la innovación vinculadas a la obtención de resultados, e incluso tienden a la construcción de un planteamiento dinámico de medida del resultado de la innovación en condiciones de práctica real, como forma de limitar las incertidumbres y adecuar las posibilidades y disponibilidad a pagar de los financiadores a la rentabilidad social de la innovación.

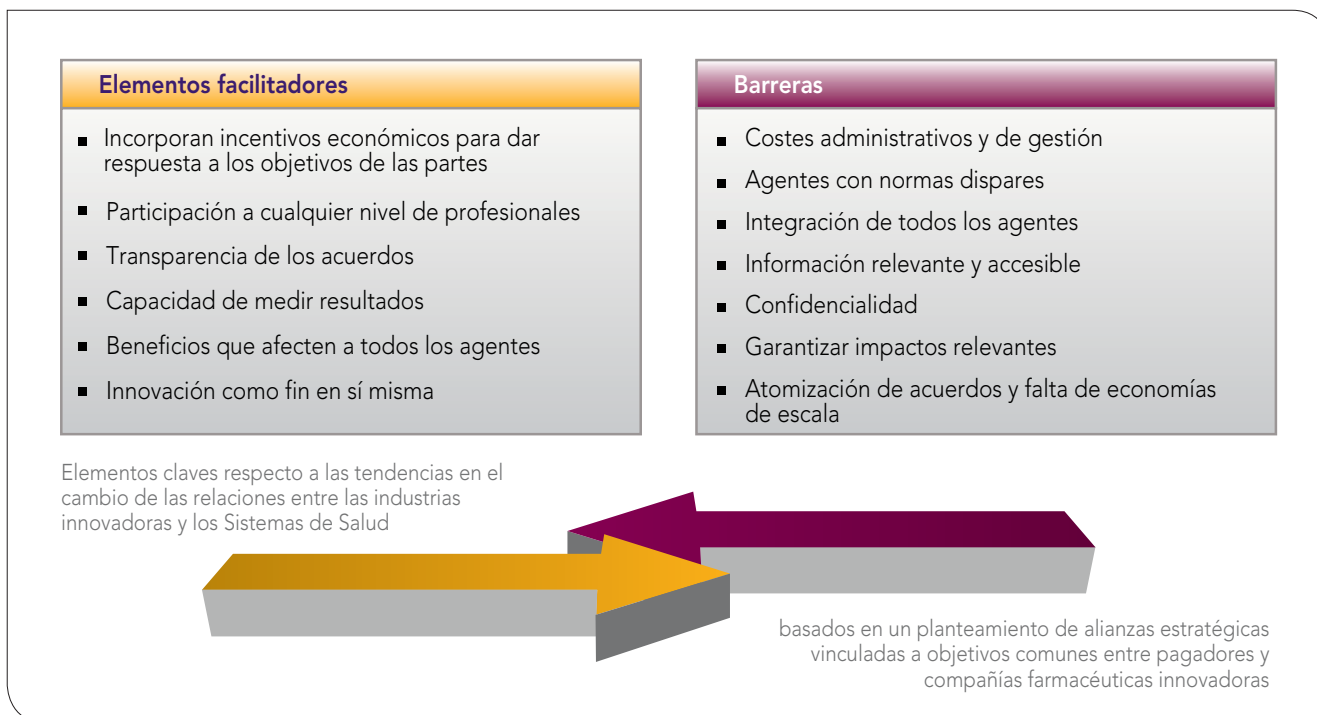
Todos los documentos revisados apuntan a que la única posibilidad de sostener el desarrollo de la innovación terapéutica efectiva, se centra en la capacidad que tengan los sistemas de salud de absorberla y financiarla y, por tanto, todas las tendencias apuntan al planteamiento de modelos de financiación más alineados a los intereses del pagador. Las áreas potenciales de introducción de estas fórmulas, se identifican fundamentalmente en la innovación de alto coste dirigida a oncología u otras patologías de baja y media prevalencia y, en la gestión de la patología crónica.

Los documentos revisados coinciden también en que estos modelos, de forma aislada, no tienen gran futuro a no ser que se integren en un planteamiento globalmente nuevo con perspectiva sistémica, que suponga un cambio de modelo de negocio de las partes implicadas.

Un elemento especialmente relevante, entre los considerados, es la necesidad de que el pagador vincule su articulación con los proveedores y usuarios, a los resultados, a fin de que los modelos que se planteen integren beneficios para todos los implicados y sean, en cierta forma coherentes con el conjunto.

Las barreras que se explicitan para el desarrollo de estos modelos de relación, desde un punto de vista genérico (no específicamente en nuestro entorno) son las siguientes: las derivadas de sus costes administrativos y de gestión; la existencia de agentes relevantes que se rigen por otras reglas de juego; la necesidad de intentar integrar en el modelo a todos los agentes implicados incluido el paciente; la necesidad de disponer de información adecuada para poder realizar el adecuado seguimiento; la conveniencia de generar relaciones lo más simples posibles y coherentes con la realidad; la necesidad, más allá de definir indicadores de resultado, de poder garantizar impactos globalmente relevantes en los costes asistenciales; la confidencialidad de los acuerdos; los modelos de compra pública; la atomización de acuerdos y la falta de economías de escala y la fragmentación de pagadores y/o proveedores.

Por otro lado los elementos facilitadores serían los siguientes: concentran en las presiones económicas, en la necesidad de dar respuesta a los objetivos de las partes, la participación (a cualquier nivel) de los profesionales, la transparencia de los acuerdos, la capacidad de medir resultados, la posibilidad de generación de beneficios que afecten a todos los agentes y, por último, la identificación de entornos que asuman la innovación como un objetivo en sí mismo.



▲ **Figura 7.** Elementos clave para un cambio relacional entre los SNS y la industria innovadora basado en orientar la innovación a resultados .

En definitiva, reformular las relaciones con la industria farmacéutica y tecnológica superando la situación actual basada en una relación cliente-proveedor para alcanzar un modelo de relación de socios claves basada en elementos estratégicos y operativos parece una tendencia clara pero que para su implementación requiere de cambios sustanciales en ambas partes. La industria farmacéutica deberá esforzarse en conocer las necesidades y requerimientos del SNS y de sus clientes y tendrá que implicarse en la cadena de valor (añadir valor) y asumir riesgos vinculados al valor añadido y a los resultados. Para ello debe poder compartir y disponer de información.

Ambas partes deben plantarse un nuevo modelo de negocio y desarrollar estrategias conjuntas que permitan el tránsito de un modelo basado en vender productos a un modelo basado en participar activamente en la consecución de resultados.

4. Recomendaciones generales derivadas del proyecto

Los procesos de revisión y consenso llevados a cabo en este proyecto han permitido identificar y consensuar algunas líneas de mejora que aplicadas en los diferentes ámbitos de responsabilidad del SNS, hipotéticamente, permitirían gestionar de una forma más adecuada las decisiones de financiación y acceso a la innovación, vinculando la inversión social en salud a los resultados que se prevén de su utilización.

No obstante, como era de prever, la vinculación (o no) de los recursos a los objetivos y resultados del SNS, tiene un alcance que va mucho más allá de la propia innovación terapéutica y afecta, en definitiva, al conjunto del funcionamiento y las relaciones del sistema de salud y a la rentabilidad social que deriva de su desempeño.

La 20 líneas de mejora que se han entendido como más relevantes se describen en la **Tabla 7**, especificando cual sería el ámbito principal de desarrollo y su factibilidad técnica y política. No se han incorporado a esta tabla aquellas líneas consideradas por los expertos como menos relevantes comparativamente.

Aunque no era el objeto del proyecto en esta fase, se han incorporado también en la Tabla 6 algunas recomendaciones de acción para las líneas de mejora seleccionadas.

Como se puede observar en la tabla, las líneas de mejora en el ámbito de macrogestión que los expertos consideran más relevantes y también más factibles, afectan al proceso de decisión de construcción de la CS, a fin de dotarlo de elementos técnicos adecuados, del suficiente dinamismo hoy en día requerido y de transparencia y participación de los implicados.

En este ámbito de macrogestión se han incluido otras líneas que si bien se consideran muy relevantes, y en muchos casos determinantes de otras, dependen fundamentalmente de decisiones y pactos políticos de gran envergadura, lo cual limita su factibilidad en el medio plazo. Entre estas destacaríamos la necesidad de definir la Gobernanza compartida del SNS, de adecuar el Modelo Presupuestario público a los requerimientos actuales y la necesaria adaptación de los modelos de compra pública.

Los ámbitos de la mesogestión y microgestión, de acuerdo al marco de análisis definido en el proyecto, deben estar en condiciones de organizar y articular el SNS y a sus agentes de forma adecuada y alineada con los objetivos. Las líneas de mejora identificadas (Tabla 7) en estos ámbitos se centran en crear las condiciones adecuadas para hacer operativo el traslado de objetivos y recursos y hacer explícita

la la responsabilidad compartida de cada uno de los agentes implicados. Entre ellas se incluyen las dirigidas a mejorar y coordinar el proceso de planificación, a incorporar la visión intersectorial y preventiva, a potenciar la integración y coordinación asistencial, a adecuar el modelo de relación económica entre pagadores y prestadores, a desarrollar un modelo de gestión pública más flexible, a adecuar los modelos de compra de compra de servicios, a profesionalizar la gestión pública y desvincularla del entorno de los intereses políticos, a generar, compartir y utilizar la información como elemento vertebrador y a desarrollar modelos de participación de los profesionales que faciliten su implicación y compromiso con los objetivos del sistema y sus resultados.

TABLA 7. Líneas de mejora de alta relevancia.

Recomendación	Ámbito	Factibilidad	Acciones e impacto
1. Disponer de una metodología y criterios explícitos y transparentes de evaluación y priorización dinámica de la innovación en las decisiones de precio y actualización (decisiones de inversión y desinversión) de la Cartera de Servicios (CS)	Macrogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones Impacto: Credibilidad, transparencia y adecuación dinámica de las decisiones de financiación en la actualización de la CS
2. Disponer de un proceso de evaluación de la innovación independiente y participado por todos los implicados del SNS	Macrogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones Impacto: Independencia y participación de los agentes implicados en las decisiones de financiación y actualización de la CS
3. Disponer de criterios homogéneos que permitan la toma de decisiones de aplicación de modelos de financiación vinculados a resultados y su aplicación en el SNS	Macrogestión Mesogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Desarrollo de una Agencia Asesora Independiente para el SNS que asumiera el rol de la evaluación, priorización y recomendación sobre la financiación de prestaciones Acción: Desarrollar criterios homogéneos de aplicación de modelos de financiación por resultados entre los diferentes decisores y pagadores del SNS Impacto: Desarrollar de forma sistémica modelos de financiación vinculados a resultados con criterios homogéneos de aplicación y con garantías de seguimiento y evaluación de la innovación

TABLA 7. (Continuación) Líneas de mejora de alta relevancia.

Recomendación	Ámbito	Factibilidad	Acciones e impacto
4. Definir y desarrollar los lineamiento y modelo de gobernanza del SNS	Macrogestión	Técnica: Alta Política: Baja	Acción: Elaborar un documento consensuado y validado por expertos que defina los lineamientos de la gobernanza del sistema y presentarlo al ámbito político Impacto: Comunicar al ámbito político la necesidad del desarrollo de un modelo adecuado de gobernanza y su dirección
5. Adaptar el Modelo Presupuestario del sector público a las necesidades actuales	Macrogestión	Técnica: Media Política: Baja	Acción: Elaborar una propuesta de adecuación Impacto: Adecuar el modelo económico del sistema de forma que permita orientar recursos con objetivos y resultados
6. Adaptar la normativa de compra pública a las actuales necesidades del SNS	Macrogestión Mesogestión	Técnica: Alta Política: Alta	Acción: Cumplir con la trasposición de las directivas europeas Impacto: Adecuar la compra pública de forma que permita vincular esta a los resultados
7. Desarrollar un modelo de planificación coordinado en el SNS que priorice y articule adecuadamente los objetivos, las acciones de los agentes, los resultados esperados y los recursos	Macrogestión Mesogestión	Técnica: Media Política: Baja	Acción: Conseguir alinear los objetivos de la planificación con las acciones y los recursos necesarios para su consecución Impacto: Definir las responsabilidades de los diferentes agentes en la consecución de los objetivos y resultados esperados del SNS derivados de la planificación y dimensionarlos económicamente
8. Definir, prever resultados y dimensionar económicamente las acciones intersectoriales y las acciones preventivas y de promoción de la salud	Mesogestión	Técnica: Media Política: Media	Acción: Establecer una dinámica que permita definir acciones, resultados esperados y recursos necesarios en las actividades de promoción y prevención y en las acciones intersectoriales Impacto: Transparentar este tipo de acciones y los recursos que requieren
9. Potenciar la coordinación e integración asistencial	Mesogestión	Técnica: Media Política: Media	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones (Se puede vincular con la línea 12 desde la perspectiva económica) Impacto: Desarrollar un entorno asistencial coherente con el concepto de resultado y la corresponsabilización
10. Flexibilizar en lo posible el sector público para facilitar la articulación de las relaciones entre los agentes y potenciar la autonomía de gestión necesaria para garantizar la corresponsabilización	Mesogestión	Técnica: Alta Política: Muy baja	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones (se podrían considerar las definidas en las recomendaciones 12 y 13) Impacto: La vinculación efectiva entre recursos asignados y resultados generados, requiere de mecanismos de relación entre los agentes y de poder desarrollar un marco que permita asumir un cierto riesgo en la gestión de los recursos (corresponsabilización)

TABLA 7. (Continuación) Líneas de mejora de alta relevancia.

Recomendación	Ámbito	Factibilidad	Acciones e impacto
11. Desarrollar y evaluar modelos de pago entre compradores y prestadores con incentivos claros y orientados a la consecución de resultados	Mesogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Desarrollar capacidad contractual vinculada a resultados Impacto: Disponer de un modelo económico de relación entre prestadores y pagadores que vincule de forma clara los recursos asignados a los resultados y objetivos obtenidos y poder evaluar el impacto del desarrollo de modelos de pago por resultados
12. Desarrollar modelos de compra integrada (pago por resultados integrado) que faciliten la coordinación e integración asistencial y vinculados a resultados también integrado derivados de una responsabilidad compartida entre los diferentes prestadores	Mesogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Desarrollar modelos contractuales y sistemas de pago que incentiven la coordinación e integración asistencial (compra integrada) Impacto: Disponer de un modelo económico de relación entre prestadores y pagadores que genere incentivos adecuados a la coordinación asistencial y vinculados a la generación conjunta de resultados
13. Garantizar y posibilitar la generación, acceso y uso de información vinculada a resultados que permita incorporar esta a los procesos de gestión y evaluación de la innovación y del conjunto del desempeño del SNS	Mesogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones Impacto: Disponer de la información necesaria para vertebrar los procesos de planificación, gestión, financiación y evaluación en el SNS y utilizarla para definir, priorizar y medir resultados.
14. Adecuar el marco jurídico de acceso a la información a los requerimientos actuales de gestión	Microgestión Mesogestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones Impacto: Garantizar un acceso eficiente, seguro y útil a la información en función de las necesidades y responsabilidades de cada uno de los agentes del sistema
15. Desarrollar culturalmente y operativamente la rendición de cuentas y la transparencia en el SNS	Macrogestión Mesogestión	Técnica: Alta Política: Muy baja	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones Impacto: Generar una cultura de rendición de cuentas y de transparencia en el sistema que permita conocer la rentabilidad social real de la inversión en salud
16. Fomentar y desarrollar una visión estratégica del SNS compartida por todos los agentes implicados	Mesogestión	Técnica: Alta Política: Baja	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones (Se pueden extrapolar aquí las especificadas en la línea de mejora 5 de Gobernanza) Impacto: Conseguir alinear a los agentes en la misma dirección y vencer resistencias derivadas de la desconfianza

TABLA 7. (Continuación) Líneas de mejora de alta relevancia.

Recomendación	Ámbito	Factibilidad	Acciones e impacto
17. Alinear los incentivos (modelo retributivo) de los profesionales a los resultados (previamente definidos y pactados) de su desempeño	Microgestión	Técnica: Media Política: Media	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones Impacto: Modelo retributivo que permita alinear el desempeño de los profesionales con los objetivos del sistema
18. Implicar y comprometer a los profesionales mediante un modelo de participación activa en la definición de objetivos y metas	Microgestión	Técnica: Alta Política: Media	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones (Estaría parcialmente relacionado la línea 5 y la 16). Impacto: Desarrollar modelos de participación profesional en la definición de metas y resultados esperados que permitiera garantizar su implicación y facilitara vincular su retribución a los mismos.
19. Profesionalizar la gestión aumentando su credibilidad, despolitizándola y mejorando las capacidades de los gestores	Microgestión	Técnica: Alta Política: Muy baja	Acción: Mecanismos de acceso transparentes a los cargos de gestión y generación de políticas efectivas de capacitación y de evaluación de la misma. Impacto: Permitir una gestión eficiente adecuadamente desvinculada de los intereses políticos
20. Adecuar el modelo de gestión pública de los Recursos Humanos a los requerimientos actuales	Microgestión	Técnica: Alta Política: Muy baja	Acción: Pendiente de establecer recomendaciones (Esta relacionada con las líneas 18 y 19) Impacto: La vinculación efectiva entre recursos asignados y resultados generados, requiere de mecanismos de relación entre los agentes y de poder desarrollar un marco que permita asumir un cierto riesgo en la gestión de los recursos (corresponsabilización)

5. Comité de Expertos

Antonio Arraiza

Director de Asistencia Sanitaria de Osakidetza

Carlos Campillo Artero

Servicio de Salud de las Islas Baleares

Luis Cordero

Director Corporate Affairs AstraZeneca

Toni Gilabert

Gerente Farmacia y Medicamento. Servicio Catalán de la Salud

Félix Lobo

Universidad Carlos III de Madrid

Jaume Puig-Junoy

Universidad Pompeu Fabra

Enrique Rodilla Sala

Hospital Universitario de Sagunto

Félix Rubial

Gerente - Estructura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo

José A. Sacristán

Director Científico Lilly

Julio Sánchez Fierro

Abogado

Fernando I. Sánchez Martínez

Universidad de Murcia

José Luis Trillo

Ex-Director General de Farmacia. Agencia Valenciana de Salud

Carmen Valero

Corporate Affairs AstraZeneca

6. Bibliografía y documentos revisados

Documentos revisados para la identificación de barreras y líneas de mejora en la orientación de la incorporación y financiación de la innovación a los resultados en el SNS español o en SNS similares

- Impulsar un cambio posible en el Sistema Sanitario. McKinsey y FEDEA, 2009.
- La Sanidad Pública ante la crisis: Recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. AES; 2010.
- Sistema Nacional de Salud: Diagnóstico y propuestas de avance. AES; 2013
- Sostenibilidad financiera del sistema sanitario: 10 medidas estructurales para afrontar las causas del crecimiento del gasto. Antares Consulting; 2010.
- España, análisis del sistema sanitario 2010: Resumen y conclusiones. SESPAS y European Observatory health systems and policy; 2010.
- La sanidad Pública en España. La necesidad de reformar la asistencia sanitaria ante el incremento de enfermedades crónicas. Accenture; 2012.
- Diez temas candentes de la sanidad española para el 2013. PWC; 2012.
- Ideas para la reforma sanitaria. Fundación Bamberg; 2012
- Un sistema sanitario sostenible. Círculo de Empresarios; 2012
- Visión de la crisis de la sanidad pública en España: Análisis prospectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad.
- Oliva J, Peiró S, Puig-Junoy J. Horizontes de cambio en el Sistema Nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada. Economistas. 2013; 136: 6-14.
- Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014; 28 (S1).
- Joint report on Health Systems. Economic and financial affairs. European Commission; 2010.
- Health systems responses to the economic crisis in Europe. European Observatory health systems and policy; 2012.
- Fortalecimiento de los sistemas de salud: Tendencias actuales y retos. OMS; 2011.
- Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century. WHO; 2013.

- Health, health systems and economic crisis in Europe, impact and policy implications. WHO and European observatory health systems and policy; 2013.
- Tabernero J, ESMO Executive Board. Proven efficacy. Equitable and adjusted pricing of anti-cancer therapies: no “sweethearth” solution. *Ann Oncol.* 2015; 26: 1529-31.
- Universidad Internacional Menéndez Pelayo (UIMP). Nueva era de la farmacia hospitalaria: Gestionar la incertidumbre y compartir riesgos. Santander, 26 de junio 2014.
- 10 temas candentes en Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2015.

Documentos revisados en el apartado de tendencias internacionales en la gestión de incorporación y financiación de la innovación en los Sistemas de Salud

- Brügger U, Horisberger B, Ruckstuhl A, et al. Health technology assessment in Switzerland: a descriptive analysis of “Coverage with Evidence Development” decisions from 1996 to 2013. *BMJ Open.* 2015; 5: e007021.
- Brügger U, Ruckstuhl A, Horisberger B, Gratwohl A. Development of coverage with evidence development for medical technologies in Switzerland from 1996 to 2012. *Int J Technol Assess Health Care.* 2014; 30: 253-9.
- Carlson JJ, Garrison LP, Sullivan SD. Paying for outcomes: Innovative coverage and reimbursement schemes for pharmaceuticals. *J Manag Care Pharm.* 2009; 15: 683-7.
- Carlson JJ, Gries K, Sullivan SD, Garrison LP. Current status and trends in performance-based schemes between healthcare payers and manufacturers. *Value-Health.* 2011; 14: A359-60.
- Chalkidou K, Hoy A, Littlejohns P. Making a decision to wait for more evidence: when the National Institute for Health and Clinical Excellence recommends a technology only in the context of research. *Soc Med.* 2007; 100: 453-60.
- Ciani O, Jommi C. The role of health technology assessment bodies in shaping drug development. *Drug Des Devel Ther.* 2014; 8: 2273-81.
- Ferrario A, Kanavos P. Dealing with uncertainty and high prices of new medicines: a comparative analysis of the use of managed entry agreements in Belgium, England, the Netherlands and Sweden. *Soc Sci Med.* 2015; 124: 39-47.
- Foster NL, Mottola K, Hoffman JM. Coverage with evidence development: what to consider. *JAMA Neurol.* 2014; 71: 399-400.

- Garattini L, Casadei G. Risk sharing agreements: what lessons from Italy?. *Int J Technol Assess Health Care*. 2011; 27: 169-72
- Garattini L, Curto A, van de Vooren K. Italian risk-sharing agreements on drugs: are they worthwhile? *Eur J Health Econ*. 2015; 16: 1-3.
- Garay J, Cartagena R, Esensoy AV, et al. Strategic analytics: towards fully embedding evidence in healthcare decision-making. *Healthc Q*. 2015; 17(Spec No): 23-7.
- Garrison LP, Towse A, Briggs A, et al. Performance-based risk-sharing arrangements—Good practices for design, implementation, and evaluation: Report of the ISPOR good practices for performance-based risk-sharing arrangements task force. *Value Health*. 2013; 16: 703-19.
- Gibson SG, Lemmens T. Niche markets and evidence assessment in transition: a critical review of proposed drug reforms. *Med Law Rev*. 2014; 22: 200-20.
- Henchske C, Sundmacher L, Busse R. Structural changes in the German pharmaceutical market: Price setting mechanisms based on the early benefit evaluation. *Health Policy*. 2013; 109: 263-9.
- Hillner BE, Siegel BA, Hanna L, et al. Impact of 18F-fluoride PET on intended management of patients with cancers other than prostate cancer: Results from the National Oncologic PET Registry. *J Nucl Med*. 2014; 55: 1054-61.
- Hollingworth W, Turner JA, Welton NJ, et al. Costs and cost-effectiveness of spinal cord stimulation (SCS) for failed back surgery syndrome: an observational study in a workers' compensation population. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011; 36: 2076-83.
- Hunter Craig A, Glasspool J, Singer R, Keskinaslan A. A literature review of risk sharing agreements. *J Kor Acad Man Care Pharm*. 2010; 2: 1-9.
- Iskrov G, Stefanov R. Prospects of risk-sharing agreements for innovative therapies in a context of deficit spending in Bulgaria. *Front Public Health*. 2015; 3: 64.
- Jaroslowski S, Toumi M. Design of the patients access schemes in the UK: Influence of Health Technology assessment by National Institute of Clinical Excellence. *Appl Health Econ Health Policy*. 2011; 9: 209-15.
- Lievens Y, Obyn C, Mertens AS, et al. Stereotactic body radiotherapy for lung cancer: how much does it really cost? *J Thorac Oncol*. 2015; 10: 454-61.
- Liu Y, Lacombe D, Stupp R. The changing world of drug development: an academic research organization's perspective on the "Seven Wonders" of the future world of anticancer drug development. *Chin Clin Oncol*. 2014; 3: 19.

- Long G, Mortimer R, Sanzenbacher G. Evolving provider payment models and patient access to innovative medical technology. *J Med Econ.* 2014; 17: 883-93.
- Lu CY, Lupton C, Rakowsky S, et al. Patient access schemes in Asia-pacific markets: current experience and future potential. *J Pharm Policy Pract.* 2015; 8: 6.
- Martelli N, van den Brink H. Special funding schemes for innovative medical devices in French hospitals: the pros and cons of two different approaches. *Health Policy.* 2014; 117: 1-5.
- Mohr PE, Tunis SR. Access with evidence development: the US experience. *Pharmacoeconomics.* 2010; 28: 153-62.
- Mohseninejad L, van Gils C, Uyl-de Groot CA, et al. Evaluation of patient registries supporting reimbursement decisions: the case of oxaliplatin for treatment of stage III colon cancer. *Value Health.* 2015; 18: 84-90.
- Navarria A, Drago V, Gozzo L, et al. Do the current performance-based schemes in Italy really work? "Success fee": a novel measure for cost-containment of drug expenditure. *Value Health.* 2015; 18: 131-6.
- Newman PJ, Chambers JD, Simon F, et al. Risk sharing arrangements that link payment for drugs to health outcomes are proving hard to implement. *Health Affairs.* 2011; 30: 2329-37.
- Olberg B, Perleth M, Busse R. The new regulation to investigate potentially beneficial diagnostic and therapeutic methods in Germany: up to international standard? *Health Policy.* 2014; 117: 135-45.
- Parkinson B, Sermet C, Clement F, et al. Disinvestment and value-based purchasing strategies for pharmaceuticals: An international review. *Pharmacoeconomics.* 2015; 33: 905-24.
- Puig-Peiró R, Mestre-Ferrandiz J, Sussez J. Literature review on patient access schemes, flexible pricing schemes and risk-sharing agreements for medicines. *Value Health.* 2011; 14: A233-510, RS1.
- Rettig R, Jacobson P, Farquhar CM, et al. *False hope: Bone marrow transplantation for breast cancer.* New York: Oxford University Press; 2007.
- Russo P, Mennini FS, Siviero PD, Rasi G. Time to market and patient access to new oncology products in Italy: a multistep pathway from European context to regional health care providers. *Ann Oncol.* 2010; 21: 2081-7.
- Segú L, Puig J, Espinosa C, et al. Guía para la definición de criterios de aplicación de esquemas de pago basados en resultados (EPR) en el ámbito farmacoterapéutico (acuerdos de riesgo compartido). Disponible en: <http://catsalut.gencat>.

cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/medicaments_farmacia/acords_risc_compartit/guia_epr_castellano_1.0.pdf

- Spoons J. Patient access schemes in the new NHS. Br J Healthcare Manag. 2012; 18: 412-18.
- Towse A, Garau M, Mohr P, Messner DA. Futurescapes: expectations in Europe for relative effectiveness evidence for drugs in 2020. J Comp Eff Res. 2015; 4: 401-18.
- Towse A. Value based pricing, research and development, and patients access schemes: Will the United Kingdom get it right or wrong. Br J Clin Pharmacol. 2010; 70: 360-6.
- Tunis SR. Access with evidence development: the US experience. Pharmacoeconomics. 2010; 28: 153-62.
- Walker S, Sculpher M, Claxton K, Palmer S. Coverage with evidence development, only in research. Risk sharing, or patient access scheme? A framework for coverage decisions. Value Health. 2012; 15: 570-9.
- Winqvist E, Coyle D, Clarke JT, et al. Application of a policy framework for the public funding of drugs for rare diseases. J Gen Intern Med. 2014; 29(Suppl 3): S774-9.
- Wlodarczyk J, Reid CM, Pater G. Funding linked to ongoing research: impact of the bosentan patient registry on pricing in Australia. Value Health. 2011; 14: 961-3.
- Wouters AV, McGee N. Synchronization of coverage, benefits, and payment to drive innovation. Am J Manag Care. 2014; 20: e285-93.

Documentos revisados sobre experiencias de pago por resultados en los Sistemas de Salud

- Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. Risk Manag Healthc Policy. 2014; 7: 113-20.
- Bardach NS, Wang JJ, De Leon SF, Shih SC, Boscardin J, Goldman E, Dudley A. Effect of pay-for-performance incentives on quality of care in small practices with electronic health records. A randomized trial. JAMA. 2013; 310: 1051-9.
- Bassani DG, Arora P, Wazny K, Gaffey MF, Lenters L, Bhutta ZA. Financial incentives and coverage of child health interventions: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 2013; 13(Suppl 3): S30.
- Baker DW, Qaseem A, Reynolds PP, Gardner LA, Schneider EC. Design and use of performance measures to decrease low-value services and achieve cost-conscious care. Ann Intern Med. 2013; 158: 55-9.

- Baxter PE, Hewko SJ, Pfaff KA, Cleghorn L, Cunningham BJ, Elston D, Cummings GG. Leaders' experiences and perceptions implementing activity-based funding and pay-for-performance hospital funding models: A systematic review. *Health Policy*. 2015; 119: 1096-110.
- Berkowitz SA, Aragon K, Hines J, Seligman H, Lee S, Sarkar U. Do clinical standards for diabetes care address excess risk for hypoglycemia in vulnerable patients? A systematic review. *Health Serv Res*. 2013; 48: 1299-310.
- Boeckxstaens P, Smedt DD, Maeseneer JD, Annemans L, Willems S. The equity dimension in evaluations of the quality and outcomes framework: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 209.
- Bruin SR, Baan CA, Struijs JN. Pay-for-performance in disease management: a systematic review of the literature. *BMC Health Serv Res*. 2011; 11: 272.
- Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy*. 2013; 110: 115-30.
- Eijkenaar F. Pay for performance in health care: an international overview of initiatives. *Med Care Res Rev*. 2012; 69: 251-76.
- Emmert M, Eijkenaar F, Kemter H, Esslinger AS, Schöffski O. Economic evaluation of pay-for-performance in health care: a systematic review. *Eur J Health Econ*. 2012; 13: 755-67.
- Gillam SJ, Siriwardena AN, Steel N. Pay-for-performance in the United Kingdom: impact of the quality and outcomes framework: a systematic review. *Ann Fam Med*. 2012; 10: 461-8.
- Himmelstein DU, Ariely D, Woolhandler S. Pay-for-performance: toxic to quality? Insights from behavioral economics. *Int J Health Serv*. 2014; 44: 203-14.
- Houle SK, McAlister FA, Jackevicius CA, Chuck AW, Tsuyuki RT. Does performance-based remuneration for individual health care practitioners affect patient care?: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012; 157: 889-99.
- Huang J, Yin S, Lin Y, Jiang Q, He Y, Du L. Impact of pay-for-performance on management of diabetes: a systematic review. *J Evid Based Med*. 2013; 6: 173-84.
- Huerta TR, Hefner JL, McAlearney AS. Payment models to support population health management. *Adv Health Care Manag*. 2014; 16: 177-83.
- Korda H, Eldridge GN. Payment incentives and integrated care delivery: levers for health system reform and cost containment. *Inquiry*. 2011-2012; 48: 277-87.

- Kolozsvári LR, Rurik I. Quality improvement in primary care. Financial incentives related to quality indicators in Europe. *Orv Hetil.* 2013; 154: 1096-101.
- Langdown C, Peckham S. The use of financial incentives to help improve health outcomes: is the quality and outcomes framework fit for purpose? A systematic review. *J Public Health (Oxf).* 2014; 36: 251-8.
- Lee JY, Lee SI, Jo MW. Lessons from healthcare providers' attitudes toward pay-for-performance: what should purchasers consider in designing and implementing a successful program? *J Prev Med Public Health.* 2012; 45: 137-47.
- Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health.* 2013; 12: 18.
- Lynagh MC, Sanson-Fisher RW, Bonevski B. What's good for the goose is good for the gander. Guiding principles for the use of financial incentives in health behaviour change. *Int J Behav Med.* 2013; 20: 114-20.
- Maynard A. The powers and pitfalls of payment for performance. *Health Econ.* 2012; 21: 3-12.
- Magrath P, Nichter M. Paying for performance and the social relations of health care provision: an anthropological perspective. *Soc Sci Med.* 2012; 75(10): 1778-85.
- McElroy B, Murphy A. An economic analysis of money follows the patient. *Ir J Med Sci.* 2014; 183: 15-22.
- Meacock R, Kristensen SR, Sutton M. The cost-effectiveness of using financial incentives to improve provider quality: a framework and application. *Health Econ.* 2014; 23: 1-13.
- Meredith SE, Jarvis BP, Raiff BR, Rojewski AM, Kurti A, Cassidy RN, et al. The ABCs of incentive-based treatment in health care: a behaviour analytic framework to inform research and practice. *Psychol Res Behav Manag.* 2014; 7: 103-14.
- Peiro S, Garcia Altes A. Posibilidades y limitaciones de la gestión por resultados de salud, el pago por objetivos y el redireccionamiento de los incentivos. Informe SESPAS 2008. *Gac Sanit.* 2008; 22 (Supl 1): 143-55.
- Rand Corporation. Measuring success in health care value-based purchasing programs. Research Report, 2013.
- Rudolph P, Isensee D, Gerlach E, Gross H. Medical care unit – a suitable instrument for ambulatory patient-adequate care and performance-related remuneration. *Zentralbl Chir.* 2013; 138: 45-52

- Scott A, Sivey P, Ait Ouakrim D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, Young D. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (9): CD008451.
- Shay PD, White KR. Executive compensation in health care: a systematic review. *Health Care Manage Rev.* 2014; 39: 255-67.
- Spivack SB, Bernheim SM, Forman HP, Drye EE, Krumholz HM. Hospital cardiovascular outcome measures in federal pay-for-reporting and pay-for-performance programs: a brief overview of current efforts. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2014; 7: 627-33.
- Tsiachristas A, Dijkers C, Boland MR, Rutten-van Mölken MP. Exploring payment schemes used to promote integrated chronic care in Europe. *Health Policy.* 2013; 113: 296-304.
- Van Herck P, De Smedt D, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. *BMC Health Serv Res.* 2010; 10: 247.
- Watnick S, Weiner DE, Shaffer R, Inrig J, Moe S, Mehrotra R; Dialysis Advisory Group of the American Society of Nephrology. Comparing mandated health care reforms: the Affordable Care Act, accountable care organizations, and the Medicare ESRD program. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2012; 7: 1535-43.
- WHO European Observatory on Health Systems. *Paying for Performance in Health Care: Implications for health system performance and accountability.* Edited by Cheryl Cashin, Y-Ling Chi, Peter Smith, Michael Borowitz and Sarah Thomson. Open University Press; 2014
- Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; (2): CD007899.

Documentos revisados sobre tendencias de cambio en la relación entre la industria innovadora y los Sistemas de Salud

- Latkovic T. The Trillion Dollar Prize - Using outcomes-based payment to address the US healthcare financing crisis. Disponible en: <http://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/the-trillion-dollar-prize.pdf>
- Unleashing value: The changing payment landscape for de US pharmaceutical industry. PWC; 2012
- Meir Pugatch, Paul Healy and Rachel Chu. Sharing the Burden: Could risk-sharing change the way we pay for healthcare?. The Stockholm Network; 2010

- Pay for performance arrangements. IFRS Revenue Recognition Guidance. PWC; 2008
- Value-based pricing for pharmaceuticals: Implications of the shift from volume to value. Deloitte; 2012
- Paris V, Belloni A. Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers, No. 63, OECD; 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5k43jc9v6kxn-en>
- Carlson J, Garrison L, Sullivan S. Paying for Outcomes: Innovative Coverage and Reimbursement schemes for Pharmaceuticals. J Manag Care Pharm. 2009; 15: 683-7.
- Paying for Value: Exploring innovative prices arrangements for Biopharmaceuticals. A NEHI Issue Brief. March 2012.

