

Un estudio pionero a nivel mundial demuestra que una nueva forma de gestión de los recursos sanitarios públicos, pilotada en Baleares por la Fundación Kovacs y el Servicio de Salud de las Islas, es viable y exitosa en el Sistema Nacional de Salud

## **Primer contrato de riesgo compartido para una tecnología sanitaria comprobadamente efectiva y eficiente**

- Se hacen públicos los resultados del primer *contrato de riesgo compartido* realizado para aplicar una tecnología sanitaria comprobadamente efectiva y eficiente (la “intervención neurorreflejo terapéutica”). Los resultados demuestran que este tipo de contrato es viable en la sanidad pública española, resulta beneficioso para los pacientes y asegura la rentabilidad de los recursos públicos.
- Conceptualmente, consiste en pagar la aplicación de una tecnología sanitaria en la medida en la que los resultados clínicos y económicos que obtiene en la práctica alcanzan los objetivos fijados.
- Pilotado en el Servicio de Salud de Baleares desde el 1 de enero de 2011, ha generado hasta el 31 de diciembre de 2012 un ahorro neto de más de 11 millones de euros al erario público.
- El desarrollo y los resultados de este contrato han sido publicados por la revista científica *BioMedCentral Health Services Research*<sup>1</sup>.

Madrid, 18 de junio de 2013.

La Fundación Kovacs y el Servicio de Salud de las Islas Baleares han puesto en marcha el primer *contrato de riesgo compartido* destinado a aplicar una tecnología sanitaria no farmacológica y que ya había demostrado ser eficaz, efectiva y eficiente (la intervención neurorreflejo terapéutica -NRT). El contrato entró en vigor el 1 de enero de 2011, y el estudio científico realizado para que la comunidad científica valorara los métodos empleados y los resultados obtenidos durante el primer año han sido publicados en la revista *BioMedCentral Health Services Research*<sup>\*</sup>.

En el ámbito sanitario, un *contrato de riesgo compartido* (CRC) es aquel en el que la cuantía de los pagos por la aplicación de una tecnología depende de los resultados que obtiene en la práctica; es decir, si estos resultados no alcanzan los objetivos mínimos establecidos, el sistema sanitario deja de pagar parte o todos los costes de aplicación. Cuando, como en este caso, esos objetivos mínimos incluyen aspectos económicos (como reducción del uso de fármacos o cirugía), también sirve para asegurar que los recursos públicos destinados a pagar la aplicación de esa tecnología resultan rentables, pues sólo se abonan si han generado previamente un ahorro mayor que su coste.

<sup>1</sup> \* Campillo-Artero, C; Kovacs FM, The use of risk sharing tools for post adoption surveillance of a non pharmacological technology in routine practice: results after one year. [BMC Health Services Research](https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-181) 2013; 13:181 doi:10.1186/1472-6963-13-181

Entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012, este contrato ha permitido asegurar al Servicio de Salud de las Islas Baleares un ahorro neto de 11.161.893 de euros. En ese período el contrato ha cubierto la atención a 3.802 pacientes, superándose los estándares mínimos de mejoría fijados para su evolución clínica (determinada por el grado de mejoría de su dolor e incapacidad), así como los establecidos para la reducción del consumo de fármacos (que fue suspendido totalmente por el 71% de los pacientes) y la reducción de la cirugía (que no requirió ninguno de los pacientes a los que se aplicó esta tecnología durante ese período).

Hasta la fecha, el *contrato de riesgo compartido* se había utilizado para cubrir de manera temporal la aplicación de fármacos caros y de eficacia desconocida, desarrollados para enfermedades que carecían de tratamiento satisfactorio y en las que era muy difícil hacer estudios en plazos razonables para determinar su efectividad. Ésta es la primera vez en el mundo que se aplica un CRC para asegurar que resultan eficientes los fondos públicos destinados a aplicar una tecnología no farmacológica, usada en la práctica clínica habitual y que ya había demostrado científicamente su eficacia, efectividad y eficiencia para tratar enfermedades muy frecuentes (las dolencias de cuello y espalda de carácter subagudo o crónico).

Así, en este caso, el *contrato de riesgo compartido* ha sido puesto en marcha para asegurar que la aplicación de la tecnología era correcta, sus resultados satisfactorios, y los fondos destinados a costearla, eficientes. El hecho de que una tecnología sea eficiente en condiciones experimentales, no significa necesariamente que lo sea cuando se aplique en condiciones reales. Estudios previos realizados en diversos países, como EEUU y el Reino Unido, demuestran que un porcentaje de los recursos sanitarios se derrocha en tecnologías que son inútiles o que se aplican en casos en los que no están indicados. Por ejemplo, en España se ha demostrado que se dilapida hasta el 30% de los recursos destinados a pagar resonancias magnéticas por dolor lumbar, y el 60% de los que cubren los tratamientos rehabilitadores por dolencias de cuello, hombro o lumbares.

Poner en marcha un CRC requiere establecer, con una base científica sólida, los objetivos concretos que resultan relevantes y factibles obtener al tratar una enfermedad concreta, lo que a su vez supone que tienen que estar aplicándose mecanismos de seguimiento de la evolución de los pacientes, que tienen que ser aplicables métodos validados para objetivar esa evolución y que ésta se puede hacer en plazos relativamente breves para que el retraso de los pagos hasta haberla determinado no lo haga inviable. Estos requisitos implican que extender los CRC puede requerir trabajo y eventualmente costes previos, pero extenderlos a otras tecnologías contribuiría a eliminar el gasto sanitario injustificado y, a la vez, mejorar el tratamiento de los pacientes, al no pagar los gastos generados por tratamientos inútiles o aplicados en casos en los que no están indicadas.

El **Dr. D. Juan José Rodríguez Sendín**, presidente de la Organización Médica Colegial (OMC), ha señalado que los profesionales tenemos que “corresponsabilizarnos en la adopción de medidas de eficiencia para optimizar el Sistema Nacional de Salud, sin que ello suponga cuestionar sus principios y su esencia” y expresa la necesidad de establecer un “sistema de gobernanza que blinde la sostenibilidad del SNS y que, en el caso del uso de las tecnologías, que conlleva un alto coste, asegure la priorización de los intereses del paciente y el buen uso de los recursos públicos sobre el de la industria sanitaria”.

Los resultados de este estudio que ha realizado la Fundación Kovacs son, según el Dr. Rodríguez Sendín, una demostración palpable de que se pueden establecer medidas

para mejorar el proceso de utilización de tecnologías que estamos utilizando, como es este caso, para evaluar su “utilidad, sus resultados en salud y el coste a fin de asegurar el uso apropiado”.

Para el **Dr. Francisco M. Kovacs**, presidente de la Fundación Kovacs, “este estudio demuestra que, sobre todo en momentos como los actuales de crisis económica, es posible adoptar medidas rigurosas que aseguran la eficiencia de los recursos públicos y benefician a los pacientes, en vez de improvisar decisiones carentes de fundamento y que tal vez causen más gastos y perjuicios que beneficios, como el “euro por receta”, la supresión de la cobertura a fármacos baratos, o el incremento del copago farmacéutico”.

### **Cláusulas del contrato de riesgo compartido**

Con anterioridad a la firma del contrato, el Servicio de Salud de las Islas Baleares estableció los resultados ideales que debería obtener la intervención neuroreflejo-terápica –NRT- para que su aplicación aportara un beneficio clínico significativo a los pacientes, y generara un ahorro neto al erario, es decir, una reducción del consumo de fármacos y cirugía que fuera mayor que el coste de aplicación de la tecnología.

Posteriormente, junto a la Fundación y el primer autor de los ensayos clínicos sobre esa tecnología, comprobaron que, de acuerdo con esos estudios ya publicados en la literatura científica internacional sobre NRT, esos resultados eran factibles. Así, el contrato estableció que:

1. El 50% de los cobros serían fijos y dependerían del volumen de actividad realizada, mientras que el 50% restante sería variable y dependería de los resultados obtenidos.
2. Dentro de la parte variable, el Servicio de Salud pagaría:
  - Un 50%, si la evolución clínica de los pacientes alcanzaba los estándares establecidos. Esos estándares se fijaron basándose en las recomendaciones de la comunidad científica internacional y los estudios científicos publicados: definición de los parámetros clínicos más importantes en esos pacientes (intensidad del dolor, del dolor irradiado –al brazo o la pierna-, y el grado de incapacidad); el grado mínimo de mejoría que resulta “clínicamente relevante” en esos parámetros (mejoría igual o superior al 30% de la afectación que presentaba el paciente al ser derivado), el momento óptimo para analizar su evolución (tres meses); y los métodos de evaluación (que tenían que estar previamente validados).
  - Un 30%, si el consumo de fármacos por el motivo de derivación se reducía como mínimo un 20% en los pacientes tratados, o si como mínimo el 20% de esos pacientes abandonaban todo tratamiento farmacológico tras la intervención NRT.
  - Un 20%, si el porcentaje de pacientes derivados a intervención NRT que terminaban necesitando cirugía por el motivo de derivación era inferior al 20%.

La evaluación de los pacientes se realizó tres meses después de haber sido intervenidos, y se impuso un retraso de tres meses en todos los pagos. Así, mensualmente, el Servicio de Salud abonó la mitad (parte fija) de la actividad realizada

por la Fundación tres meses antes, y la parte que correspondiera de la parte variable en los pacientes tratados seis meses antes, en función de los resultados obtenidos.

### **Resultados clínicos y económicos**

El desarrollo y resultados del primer año de funcionamiento del *contrato de riesgo compartido* acaban de ser publicados en la revista científica *BioMedCentral Health Services Research*. Demuestran que en la práctica clínica rutinaria del Sistema Nacional de Salud español resulta viable aplicar un contrato de este tipo a una tecnología no farmacológica que previamente ha demostrado ser eficaz, efectiva y eficiente, siempre y cuando existan sistemas de información que permitan llevar a cabo un seguimiento de la evolución de los pacientes y el grado de cumplimiento de los objetivos fijados.

En el caso concreto de la intervención NRT, esos sistemas se implantaron desde que se inició su aplicación en el Sistema Nacional de Salud, y ha alcanzado en la práctica clínica habitual unos resultados que superan los mínimos establecidos, lo que asegura que resulta beneficiosa para los pacientes, coste-efectiva para el Sistema Nacional de Salud, y rentable para el erario.

De hecho, los porcentajes medios de mejoría de los pacientes superaron ampliamente los estándares fijados; por ejemplo, el grado medio de mejoría del dolor irradiado (que tenía que ser  $\geq 30\%$ ) fue del 75%, el abandono del tratamiento farmacológico ( $\geq 20\%$ ) fue realmente del 71%, y el porcentaje de pacientes que necesitó ser operado ( $\leq 20\%$ ); fue del 0%.

Así, los 3.802 pacientes derivados a intervención NRT entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012, han generado al erario un ahorro neto de 11.161.893 euros. De no haber sido derivados a intervención NRT, esos pacientes habrían supuesto un coste de 13.770.489 euros (por gasto farmacológico, intervenciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas, etc.), mientras que realmente generaron uno de sólo 2.608.596 (incluyendo los gastos de aplicación de la tecnología de la NRT, que ascendieron a 2.089.699).

Tal y como apunta el estudio, extender los *contratos de riesgo compartido* a muchas de las tecnologías sanitarias que se aplican en el Sistema Nacional de Salud (incluyendo aquellas que carecen de estudios que demuestran su eficacia o eficiencia), con los requisitos que se han definido en éste y otros estudios previos, permitiría reducir el derroche que supone aplicar tecnologías sanitarias en casos en los que no están indicadas, en los que suponen un gasto inútil. Además, protegería a los pacientes de los riesgos innecesarios que supone aplicar tecnologías sanitarias que no están indicadas en su caso. Y aseguraría la eficiencia de los recursos sanitarios, al limitar los pagos a aquéllos casos en los que los beneficios (clínicos y económicos) que generan, realmente han justificado su uso.

Información adicional e imágenes en <http://www.kovacs.org/descargas/CRC.html>

Sobre la intervención neuroreflejoteràpica-NRT: <http://aemen.es/nrt.html>

**Para más información: Fundación Kovacs**  
**Chica López: Tfno: 91 457 15 12 // 609 26 57 58/**  
**e-mail:**[chica@asesoresygestores.net](mailto:chica@asesoresygestores.net)