



**II Foro NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos
Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria**

**EN BÚSQUEDA DE UN EQUILIBRIO
SOSTENIBLE PARA EL SNS POST-COVID**

Relatores:

Juan Oliva Moreno

José María Abellán Perpiñán

Natàlia Pascual Argenté

Jaume Puig-Junoy

Curso 2023 - 2024

UPF-BSM Health Management Briefs #2

Citar como:

Health Management Unit (2024). "II Foro NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria. En búsqueda de un equilibrio sostenible para el SNS post-COVID". UPF-Barcelona School of Management. Health Management Briefs #2

Este documento proporciona la síntesis y las conclusiones derivadas del II Foro NORTE “en búsqueda de un equilibrio sostenible para el Sistema Nacional de Salud post-COVID”. El encuentro de expertos se celebró en Barcelona el día 30 de noviembre de 2023 en el marco de la cátedra GSK NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria”, de la UPF Barcelona School of Management. El encuentro se celebró por invitación y contó con más de 25 expertos que intercambiaron sus experiencias y reflexiones en la sede de la UPF Barcelona School of Management.



Financiación

El II Foro Norte sobre el Modelo de Financiación Territorial y de Financiación y Evaluación de Innovaciones en el Sistema Nacional de Salud se ha realizado en el marco de Cátedra con GSK “NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en Gestión Sanitaria”, de la UPF Barcelona School of Management mediante un convenio de financiación no condicionada firmado el 11 de julio de 2023.

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	4
MESA 1. DESEQUILIBRIOS Y SOSTENIBILIDAD EN LA FINANCIACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SNS.....	5
MESA 2. LECCIONES DE LA EXPERIENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL RECIENTE PARA EL MODELO ACTUAL DE FINANCIACIÓN Y PRECIOS DE PRESTACIONES INNOVADORAS	9
PARTICIPANTES.....	12
EQUIPO ACADÉMICO	14

INTRODUCCIÓN

En la última década y media, el Sistema Nacional de Salud (SNS) se ha visto sometido a fuertes tensiones. La anterior crisis económica (2008-2014), la llamada Gran Recesión, supuso una merma importante de recursos para el SNS, de la cual no se recuperó totalmente antes de la llegada de la pandemia ocasionada por el SARS-CoV-2. En épocas de crisis económicas, hasta ahora, la salud y las reformas sanitarias quedan fuera de la agenda política, la cual quedaba supeditada prioritariamente a la recuperación económica. Parece que este no debería ser el caso para un escenario post pandemia de Covid-19, la cual ha puesto al descubierto muchos de los “descosidos” del SNS español. La situación excepcional sanitaria, económica y social, ocasionada por el SARS-CoV-2, ha supuesto una presión sin parangón que junto con los desequilibrios y limitaciones del pronóstico que ya arrastraba el SNS pre-COVID requiere políticas a corto y a medio plazo que deben abordar con visión amplia el restablecimiento de los ya importantes desequilibrios actuales en el marco de una reforma sanitaria del siglo XXI, en competencia directa con prestaciones como las pensiones y con servicios básicos como la educación y la atención a la dependencia, que garantice que la sanidad pública continúe siendo el sistema público más valorado por los españoles y el que más ayuda a la integración social.

El objetivo principal del encuentro era el de reunir a expertos en economía pública, economía de la salud y destacados gestores con responsabilidades en la gestión sanitaria y farmacéutica en España, para debatir en profundidad y con conocimiento basado en la evidencia sobre propuestas de cambio de la gestión actual del SNS, todas ellas diseñadas con las luces largas del medio plazo y la vista puesta en la experiencia internacional y las evaluaciones de lo que funciona o no funciona en salud:

- (i) el modelo de financiación estatal y territorial, la organización e incentivos de la provisión de servicios, y las necesidades a resolver para la mejora de la capacidad resolutoria de la atención primaria, y
- (ii) la reconsideración del modelo actual de financiación y precios de nuevas prestaciones innovadoras y evaluación de los últimos cambios a la luz de la nueva experiencia internacional.

MESA 1. DESEQUILIBRIOS Y SOSTENIBILIDAD EN LA FINANCIACIÓN, ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DEL SNS.

La mesa se abrió con la intervención de Antoni Sisó, quien dedicó su ponencia a los desequilibrios existentes en la atención primaria (AP) y a las posibles reformas a acometer. Sus reflexiones parten del periodo pandémico. Durante esa etapa, se produjeron cambios espontáneos en la organización de los centros y equipos de AP, adaptándose al entorno cambiante en el día a día. El liderazgo profesional, la cooperación y la solidaridad fueron elementos clave a la hora de afrontar dicha crisis sanitaria.

Dicha etapa fue además propicia para la reflexión y el análisis de la propia organización de la AP. A partir del trabajo de comités de expertos y de consulta a profesionales se pueden extraer ideas útiles para reforzar la AP en las dimensiones de financiación, Salud Pública, gestión de los centros, integración asistencial, liderazgo profesional, participación ciudadana, investigación e innovación y transformación digital.

Entre estas ideas, el ponente destacó las siguientes, a modo de decálogo: (i) se debe aportar más valor a la consulta médica, para lo cual es necesario desburocratizar aquellas tareas que sean posibles y apoderar a otros profesionales de los centros para que realicen tareas administrativas, liberando un tiempo precioso para las tareas asistenciales; (ii) se debe abordar cambios en el modelo asistencial, mejorando la coordinación y la interlocución entre la AP y los hospitales; (iii) se debe transformar el modelo de relación médico-paciente, para lo cual será necesario invertir en TIC e IA, desarrollar consultorios virtuales en AP y potenciar actividades de educación sanitaria y promoción de la salud; (iv) se debe incrementar la autonomía organizativa y de gestión, potenciando el liderazgo de la medicina de familia, mejorando la capacidad de compra de servicios, favoreciendo espacios de diálogo interprofesional, favoreciendo la contratación de nuevos profesionales,...; (v) se debe mejorar la gobernanza del Departamento de Salud, con una apuesta más clara por el desempeño de la AP, potenciando la coordinación de la AP con los planes directores en materia de ordenación y planificación, permitiendo desviar presupuestos desde el ámbito hospitalario a programas que se puedan desarrollar desde la AP...; (vi) se debe transformar los planes de estudio del Grado de Medicina, incluyendo o potenciando contenidos sobre ética, salud comunitaria, valores profesionales, comunicación, prevención cuaternaria, sobrediagnóstico, atención domiciliaria, etc., y creando departamentos/estructuras docentes de AP; (vii) se debe impulsar una investigación colaborativa entre estructuras y grupos de hospital y AP, desarrollar programas de intensificación de la investigación desde el Departamento de Salud en el ámbito de la medicina de familia y comunitaria;

(viii) se debe adaptar la formación sanitaria especializada (MIR), favoreciendo la deseabilidad de la especialidad en medicina de familia y comunitaria desde los estudios de grado, e incrementando la rotación de los profesionales en formación en los equipos de AP; (ix) se deben desarrollar programas de salud comunitaria a través de su reconocimiento en la cartera de servicios, creando espacios de diálogo entre agentes de salud (ciudadanos y profesionales) que permitan expresar necesidades de salud y generando espacios de priorización que permitan incorporar la visión de personas de la comunidad; (x) se debe mejorar la calidad y la seguridad clínicas, potenciando la cultura de la calidad, agilizando los sistemas de información y notificación, poniendo más énfasis en evitar el sobrediagnóstico y sobretratamiento e introduciendo la participación ciudadana en este ámbito.

Una agenda, sin duda, ambiciosa, de transformación de la AP y, por ende, de todo el sistema sanitario.

La segunda intervención, a cargo de José María Abellán, trató la cuestión de los desequilibrios y necesidades presupuestarias del SNS. El ponente comenzó enfatizando el papel protagónico de las comunidades autónomas (CC. AA.) como intérpretes del gasto sanitario público, absorbiendo más del 92% de este. Subrayó, asimismo, la inexactitud que representa hablar de déficit sanitario, toda vez que la financiación de los servicios sanitarios públicos atiende al principio de generalidad o no afectación. Sí que cabe hablar, en cambio, de desfases o desviaciones presupuestarias sistemáticas y crecientes, tal y como se desprende de la comparación entre los presupuestos inicialmente aprobados en los diferentes territorios autonómicos y los presupuestos finalmente liquidados a lo largo del periodo 2007-2021. Por su parte, la relación entre el gasto sanitario y la totalidad de los recursos no financieros de las CC. AA. (una aproximación al concepto de sostenibilidad del SNS) se sitúa en la actualidad en un 36%, un nivel ligeramente superior al vigente en 2007. Tras la evolución de este indicador se oculta una gran variabilidad entre las 17 CC. AA., con territorios como la Región de Murcia y Castilla y León que han registrado incrementos de 9,2 y 7,5 puntos porcentuales, respectivamente, frente a otras regiones como La Rioja e Islas Baleares con disminuciones de hasta 15 y 9 puntos, respectivamente. En términos agregados para el conjunto de las CC. AA. el bienio de la pandemia 2020-2021 dibuja una situación de ligera necesidad de financiación (muy contenida por el gran volumen de recursos extraordinarios movilizados por la Administración Central del Estado) y de aumento del endeudamiento que se sitúa en 2021 algo por encima del 25% del PIB.

La segunda parte de la intervención giró en torno a la idea de la idoneidad del gasto sanitario. Para empezar, en términos comparados internacionales parece que el SNS español realiza un esfuerzo ligeramente superior al que le correspondería, atendiendo a su nivel de renta por habitante. Esta conclusión se ve, sin embargo, matizada cuando la comparación se ciñe a los países

Europeos que comparten un modelo de sistema sanitario público semejante al español (tipo SNS). En este caso, el gasto sanitario per cápita español está unos 700 euros por debajo de sus homólogos de la Unión Europea. En clave dinámica, este indicador observa un comportamiento procíclico, acelerando su crecimiento en las fases expansivas y ralentizándolo en las recesivas. En cuanto a su composición hay que destacar el incremento del peso relativo que tiene el gasto de naturaleza privada sobre el total en España, situando al país a la cabeza, junto a Portugal, entre los países europeos con un modelo sanitario tipo SNS. Asimismo, y atendiendo a la estructura por funciones de gasto, llama la atención el contraste entre la evolución del gasto en servicios hospitalarios y especializados (que acumulan un crecimiento de 9,2 puntos a lo largo del periodo) frente al gasto en servicios primarios de salud (que, de hecho, desciende 0,2 puntos). Las proyecciones del gasto relacionado con el envejecimiento realizadas por la AIREF para el periodo 2021-2070 sugieren que el gasto en sanidad y en cuidados de larga duración contribuirán con 14 y 11 puntos porcentuales respectivamente al incremento de la deuda pública en 2050, elevándose hasta los 40 y 35 puntos, respectivamente, en 2070.

La ponencia concluye con un tercer bloque dedicado a valorar la idoneidad de la financiación sanitaria. En este apartado se pone de manifiesto la gran dispersión en los niveles de recursos por habitante ajustado de las CC. AA. de régimen común, desequilibrio generado en gran medida por el efecto que tiene la aplicación del Fondo de Suficiencia, mecanismo de cierre del sistema de financiación autonómica que perpetúa el statu quo de las comunidades comparativamente más favorecidas frente a las más infrafinanciadas. Estas grandes diferencias en la financiación autonómica no guardan luego una correlación estrecha con el esfuerzo relativo que efectúa cada región en materia sanitaria, lo cual revela en parte las diferentes prioridades que tienen los distintos gobiernos autonómicos. El mensaje final de la intervención es que el reto financiero del SNS no tiene que ver exclusivamente con los recursos que se pueda y desee destinar al sector sanitario, sino, aun más si cabe, con la organización, gestión, evaluación y planificación de dicho sector.

La mesa la cerró Ricard Meneu, quien dedicó su ponencia a la necesaria (“imprescindible”) reconfiguración del marco institucional del SNS. La inmersión inicial, conecta con la primera ponencia, situándonos en un sistema sanitario con destacables fortalezas, pero también con notables fallas, donde aplicaría la idea de que el sistema tiene un buen diagnóstico (“asistencialmente competente, razonablemente armónico, socialmente cohesionador y en el que - pese a la ausencia de estímulos- ha prosperado la excelencia profesional y el desarrollo tecnológico”), pero su pronóstico es menos halagüeño (“sistema disfuncional con descuido de primaria, agujeros en la coordinación entre niveles asistenciales, hiperfrecuentación y deficiencias en la atención a los crónicos, consolidación de estructuras organizativas burocráticas con poca transparencia en gestión y escasa participación social, fascinación por la incorporación de tecnologías y medicamentos sin considerar su valor real, esquemas cuasifuncionariales para la gestión de personal, y separación entre actividades asistenciales y salud pública”). Durante la pandemia de Covid-19 el

sistema respondió con un gran despliegue clínico y profesional, pero después hemos vuelto a la anterior senda, lo cual conduce a un deterioro gradual y constante del SNS.

La propuesta del ponente sobre la reconfiguración institucional del SNS se articula alrededor de las siguientes claves de bóveda: (i) gobernanza (centrada en los pacientes, no en los proveedores; que incorpore una profesionalización e implicación de los directivos y con órganos colegiados de gobierno con responsabilidad efectiva); (ii) financiación (con cambios en la financiación de los centros, dejando de premiar a quien gasta más y peor, con incentivos financieros reales a la coordinación de los niveles asistenciales, ...); (iii) planificación, compra, y gestión de la utilización (imprescindible la dotación de procedimientos sistemáticos en este campo); (iv) cartera de servicios (otro imprescindible: la creación de una institución independiente de evaluación de las prestaciones sanitarias - tecnologías, medicamentos e intervenciones sanitarias); (v) orientación hacia la atención primaria (actualización y reformulación de la organización actual para orientar la AP hacia una atención más puntual, integrada, longitudinal, personalizada, efectiva y segura); y (vi) evaluación y competencia por comparación en calidad y resultados (yendo más allá de la monitorización y buscando que haya consecuencias tangibles y relevantes en función de los distintos logros alcanzados).

Una vez identificadas las claves, y teniendo en cuenta que existen abundantes ejemplos de propuestas de reconstrucción, el reto pasa por superar las inercias y los intereses creados para articular las mismas. Ello redundaría en la aportación del SNS a la mejora de la cohesión y el bienestar social, garantizando al mismo tiempo su sostenibilidad y solvencia.

MESA 2. LECCIONES DE LA EXPERIENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL RECIENTE PARA EL MODELO ACTUAL DE FINANCIACIÓN Y PRECIOS DE PRESTACIONES INNOVADORAS

La segunda mesa se inició con la intervención de Jorge Mestre en la que pasó revista a las opciones de políticas farmacéuticas empleadas en Europa para mejorar el acceso a las terapias combinadas en oncología. Sus reflexiones se basaron en un trabajo de revisión sistemática y valoración de estas opciones, del que es coautor, publicado en 2023.

Las terapias combinadas fueron definidas como tratamientos que emplean una combinación de dos o más medicamentos, produciéndose una sinergia que conduce a mejores resultados de los obtenidos utilizando cada medicamento por separado. La combinación se efectúa por adición (add-on) de un tratamiento adicional al preexistente (backbone) financiado como estándar en monoterapia. Tomando como premisa estos conceptos se exploraron varias propuestas encaminadas a facilitar el acceso a las terapias combinadas (TCs) en oncología con un abordaje mixto: una revisión sistemática de la literatura y una serie de entrevistas con 19 expertos de 7 países europeos (España incluida).

Se consideraron en total 7 propuestas agrupadas en 3 grandes bloques: conocimiento general del problema (1 propuesta); evaluación y atribución del valor de las TCs (2); precio y financiación de las TCs (4). En los 7 países se valoró positivamente que las partes interesadas (industria y administraciones) alcancen un acuerdo sobre la necesidad de desarrollar estrategias de accesibilidad a las TCs. También hubo un acuerdo casi unánime (con la excepción de Portugal) acerca del establecimiento de acuerdos para la fijación de precios según uso o descuentos para facilitar un acceso rápido de los pacientes a las TCs. En contraste, todos los expertos valoraron negativamente la utilización de mecanismos de financiación temporal, a semejanza de lo que ya se realiza con tratamientos para el cáncer o medicamentos huérfanos, mientras, por ejemplo, se recaba información adicional sobre la efectividad de las TCs en cuestión. En el caso concreto de España también se juzgó negativamente la consideración de elementos de valor específicos (p.ej. valor social) que pudieran conducir a una evaluación más holística de las TCs. Asimismo, no se alcanzó una valoración inequívoca entre los expertos españoles acerca las propuestas consistentes en el desarrollo de mecanismos formales de atribución del valor de una TC a sus terapias constitutivas, el establecimiento de un marco para el diálogo y negociaciones de precio entre laboratorios y financiadores y la creación de mecanismos basados en una fórmula preestablecida que reparta el impacto presupuestario de las TCs entre las dos partes.

La intervención finalizó constatando la complejidad del asunto, habida cuenta de la heterogeneidad revelada por los expertos en la valoración inicial de varias de las opciones de políticas consideradas. Parece pues que no hay una perspectiva común acerca de cómo mejorar el acceso a las TCs en Europa.

A continuación, fue el turno de Marta Traperó, quien centró su intervención en ofrecer una visión crítica de la realidad de la política del medicamento en el Sistema Nacional de Salud (SNS), subrayando los que a su juicio son sus principales problemas, completando su ponencia con la formulación de una serie de recomendaciones orientadas al fortalecimiento de dicha política.

Cuatro fueron las debilidades resaltadas por la ponente: ausencia de un plan estratégico; carencias en materia de gobernanza; falta de procedimientos y déficit de soporte legislativo. Uno de los ejemplos utilizados para ilustrar estas debilidades fue el proceso de consulta pública previa, iniciado en octubre, del Proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de las tecnologías sanitarias, que pretende, tal y como se argumenta en su exposición de motivos: “solucionar a la mayor brevedad el vacío en el que se encuentra el desarrollo normativo de la evaluación de tecnología sanitaria (ETS) en España”. Sin embargo, tal y como señaló Marta Traperó, el Proyecto no es nada concreto, careciendo en su formulación inicial un marco regulatorio tangible que permita realmente ahormar un sistema independiente, transparente y participativo para la evaluación de las tecnologías sanitarias.

A estas realidades fallidas se suman otras que fueron calificadas muy gráficamente como “paralelas”. En concreto, el proyecto anunciado por el nuevo Secretario de Estado de Sanidad de creación de una farmacéutica pública, para lo que propone una inversión de 858,87 millones de euros en cuatro años, siendo 369 millones de dinero público. Una suma de dinero que, como se objetó, podría destinarse a consolidar el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias en el SNS, recapitalizar el Ministerio de Sanidad o a dotar programas formativos en la materia en las comunidades autónomas. En definitiva, el papel del Estado en el ámbito farmacéutico debería ser más el de facilitador de un ecosistema adecuado para el desarrollo de la innovación, antes que el de productor directo de medicamentos.

En cuanto a las recomendaciones, estas se estructuraron en 5 categorías. Así, se citó un amplio primer grupo de recomendaciones generales, concernientes a la configuración de un marco regulador que ofrezca seguridad jurídica, el desarrollo de guías metodológicas de evaluación de tecnologías sanitarias, la organización de procesos y procedimientos transparentes, en los que tengan cabida todas las partes (industria, pacientes, administración), y la instauración preceptiva tanto de evaluaciones previas (ex ante) a la inclusión de los medicamentos en la prestación farmacéutica como posteriores (ex post) a aquella. En un segundo bloque se comentaron varias recomendaciones sobre fijación de precios y financiación públicas, subrayando, entre otras, la importancia del beneficio clínico adicional relevante como criterio de efectividad, la conveniencia de utilizar la evaluación económica como garantía de eficiencia o la necesidad de definir criterios claros de inclusión/no inclusión/exclusión de medicamentos de la financiación pública. En materia de gestión, se recomendó la importancia de contar con cuadros de mandos, así como, con relación a la ordenación de la información, se enfatizó la necesidad

de simplificar y orientar los sistemas de información hacia la obtención de resultados en salud. Por último, Marta Traperó recomendó reforzar los equipos técnicos del Ministerio de Sanidad así como garantizar su independencia de las instancias políticas.

Juan Oliva cerró la ronda de intervenciones de la segunda mesa, centrándose en la incorporación de la evaluación económica (EE) en los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT). En la contextualización se revisó el fundamento de incorporar el criterio de eficiencia como elemento informativo de utilidad en el proceso de toma de decisiones en materia de financiación pública, establecimiento del precio y uso racional del medicamento. La normativa sanitaria general, y la propia del medicamento, respaldaba la incorporación de dicho criterio pero no desarrollaba reglamentariamente el cómo hacerlo.

Tras 7 años de existencia de los IPT, en el año 2020, el Plan para la consolidación de los IPT propuesto por la Comisión Permanente de Farmacia del Consejo Interterritorial del SNS establecía la inclusión de las EE como parte fundamental de los IPT. Los dos años de experiencia transcurridos desde la publicación del primer IPT que incluía una sección de EE (junio de 2021) hasta el verano de 2023 fueron analizados por el ponente. Sus conclusiones principales fueron: (i) siendo los IPT un instrumento de gran valor y utilidad para el uso racional del medicamento en el SNS, la EE no parece haber gozado del mismo grado de prioridad que la evaluación terapéutica; (ii) si bien se entiende que la incorporación de la EE debía ser gradual, el número de IPT que han incorporado una sección de EE en los dos años analizados es escaso (apenas un 10,5% de los IPT publicados); (iii) incluso en estos IPT, no fue siempre posible realizar de facto una EE (principalmente por lo precaria de la información clínica existente); (iv) existe una gran heterogeneidad en la factura técnica de las EE efectuadas; existen trabajos homologables a los realizados por agencias de evaluación de otros países, mientras que en otros casos no se aportan elementos mínimos para valorar la calidad de la evaluación efectuada.

Dado que la Audiencia Nacional anuló el Plan para la consolidación de los IPT, dando fin a la Red de Evaluación de Medicamentos (REvalMed), por falta de competencia de la Comisión Permanente de Farmacia para dictar Reglamentos, cabe extraer las enseñanzas oportunas de estos dos años de proceso para poder reactivar la inclusión de la EE en la evaluación del medicamento de una manera efectiva y útil para la toma de decisiones. Ello pasa por planificar, articular y dotar elementos de mejora que contemplen tanto la dimensión normativa como elementos organizativos, de orden metodológicos e incluso aquellos que trascienden la parte evaluativa y competen al ámbito de la decisión.

PARTICIPANTES



Cristina Adroher Mas

Jefa de operaciones del Pediatric Center Barcelona en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.



Emilio Alegre del Rey

Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria en el Hospital Universitario de Puerto Real y Roberto Sabrido Bermúdez, ex consejero de Sanidad de Castilla-La Mancha.



Ana Cristina Bandrés Liso

Unidad de coordinación autonómica de uso racional del medicamento y productos sanitarios de Aragón. Dirección General de Asistencia Sanitaria.



Iñaki Betolaza San Miguel

Director de farmacia Departamento de Salud. Gobierno Vasco.



Manuel Carmona Adrados

Subdirector de Gestión Económica en el Hospital Universitario de Móstoles.



Enrique Castellón Leal

Presidente de CrossRoadBiotech.



Isabel de la Paz

Directora adjunta de Global Market Access en Alira Health.



Mireia Espallargues Carreras

Directora científica y de calidad en la Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).



Pedro Gómez Pajuelo

Economista de la Salud, Ex Secretario General de la ONT, Ex Subdirector General de Farmacia, funcionario del Ministerio de Sanidad en excedencia.



José María López Alemany

Director de Diariofarma.



Jorge Mestre Ferrándiz
Economista. Consultor económico.
Profesor Asociado de la
Universidad Carlos III de Madrid.



Celia Muñoz Fernández
Analista de política sanitaria en la
Autoridad Independiente de
Responsabilidad Fiscal (AIReF).



Olga Pané Mena
Gerente en Parc de Salut Mar.



Salvador Peiró Moreno
Director del área de Investigación
en servicios de salud del Centro
Superior de Investigación en
Salud Pública (CSISP).



Yolanda Puiggròs Jiménez de Anta
Socia en PwC. Responsable de
Healthcare & Life Sciences
Regulatory Area



Maria Queralt Gorgas
Directora del Servicio de Farmacia
del Hospital Universitario Vall
Hebron.



Josep Lluís Segú Tolsa
Socio Director de Oblikue
Consulting y profesor UPF-BSM.



Antoni Sisó Almirall
Director de investigación del
Consorci d'Atenció Primària de
Salut Barcelona Esquerre (CAPS-
BE) y presidente de la Societat
Catalana de Medicina Familiar i
Comunitària (CAMFiC)



Marta Traperó Bertrán
Profesora e investigadora
departamento de Economía y
Empresa Universidad de Lleida.



Rosa Urbanos Garrido
Profesora de Economía Aplicada
de la Universidad Complutense de
Madrid (UCM).



Josep Maria Via
Presidente del consejo asesor de
SPD Social Pharma. Consultor en
el sector sanitario.



Ricard Meneu
Vice-presidente de la Fundación
Instituto de Investigación en
Servicios de Salud, Valencia.

EQUIPO ACADÉMICO



Jaume Puig Junoy
Director del Foro. Distinguished Professor en la UPF-BSM.



Juan Oliva Moreno
Co-director del Foro. Economista. Catedrático del área de Fundamentos de Análisis Económico. Universidad de Castilla – La Mancha.



José María Abellán Perpiñán
Co-director del Foro. Economista. Catedrático en la Universidad de Murcia.



Natàlia Pascual Argenté
Co-directora de la Cátedra. Director of Partnerships y co-directora de los programas en Economía de la Salud y del Medicamento, UPF-BSM.



Oscar Navarro Campàs
Coordinador académico del Foro, UPF-BSM.



Nil Criach i García
Teaching Assistant, UPF-BSM.



Judit Guzmán Sánchez
Teaching Assistant, UPF-BSM.

II Foro NORTE (Nuevas Oportunidades y Retos Territoriales Económicos) en
Gestión Sanitaria. En búsqueda de un equilibrio sostenible para el SNS post-
COVID.



**BARCELONA
SCHOOL OF
MANAGEMENT**

