

EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS MÉDICAS: EL DESAFÍO DE LA EQUIDAD

La incorporación de nuevas técnicas y dispositivos sanitarios al sistema de salud no es sólo una decisión económica sino parte de una política pública que debe buscar la igualdad en la prestación. ¿Cómo lo están resolviendo en otros países de la región y del mundo?



Guillermo Gabriel Raimondo, presidente para América latina de Siemens Healthineers; junto a Rubén Torres, rector de Universidad ISALUD, al dejar inaugurado el Seminario Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Por Andrés Asato(*)

Un sistema basado en la evaluación de tecnologías sanitarias no es básicamente una decisión económica, es también el abordaje de un objetivo cuya misión es terminar con la desigualdad. Así se expresó el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, al dejar inaugurado el Seminario Internacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que estuvo a cargo de la Universidad junto con Siemens Healthineers. El evento contó además con

*El autor es periodista

la participación del rector honorario, Ginés González García; y dos especialistas internacionales Siemens Healthineers, Michael Reitermann, *chief operation officer*, y David Fisher, *head of global policy*.

“Hay que quitar del imaginario social la idea de que las evaluaciones de tecnologías sanitarias surgen como un mecanismo de contención de costos o limitación de derechos, que es lo que los medios nos plantean hoy, cuando el desafío que tenemos por delante es el de ver la forma de garantizar esos derechos y el de terminar con ese gran pro-

blema argentino que es la falta de equidad”, aseguró Torres. El rector destacó además la labor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que, al impulsar la cobertura universal de salud, “ya instaba a todos los países miembro a utilizar la evaluación de tecnologías sanitarias como el mecanismo más adecuado para conformar la canasta básica de prestaciones”.

Rubén Torres hizo una descripción de algunas posturas tomadas por los países de la región en relación a la evaluación de tecnologías sanitarias. En el caso de Brasil, destacó

que desde 2011 tiene una comisión nacional de incorporación de tecnologías al sistema único de salud (ley 12.401), que establece que toda prestación del servicio de salud debe pasar por medicina basada en evidencia y una prueba de costo efectividad –no así de impacto presupuestario–. “Otra modalidad –agregó– es la de México, a través de una comisión que tiene criterios de aceptabilidad para la incorporación de nuevos medicamentos a la cobertura, y esas condiciones (o criterios de aceptabilidad) son de diverso nivel e incluye la participación vecinal en la decisión”.

La tercera mirada es la de Chile, que obliga a que todo procedimiento o medicamento que se incorpore a lo que hoy se denominan las GES (Garantías Explícitas en Salud), pase por una evaluación de costo-efectividad e incluso –explicó Torres– el documento que lo impulsa incluye un aspecto que hoy está muy discutido sobre cuál debe ser el límite respecto al monto del PBI para que un procedimiento o medicamento sea costo-efectivo. “Es una discusión técnica entre las agencias si este es un valor que pueda ser aceptado entre todos los países o es mejor contextualizarlo a cada uno de los países porque los niveles de PBI y de impacto presupuestario son muy diferentes en cada uno de los países de la región. Es un tema de discusión muy importante en la mesa técnica de evaluación de tecnologías”, afirmó.

Sobre el modelo uruguayo, Torres explicó que la ley obliga a que el Fondo Nacional de Recursos, que sustenta la tecnología de alto costo en el Uruguay, tome como valor uniforme de evaluación económica que establezca la relación costo-efectividad antes de garan-

Los aprendices de hoy van a heredar el mundo



Por Michael Reitermann (*)

La pregunta que todos se hacen es ¿cómo beneficiarnos con la llegada de las nuevas tecnologías? Hay grandes cambios (demográficos y poblacionales) y tres puntos principales según mi consideración: el crecimiento de la población, el pasaje del volumen al valor y las enfermedades crónicas, que impactan fuerte en cuanto a costos en nuestros sistemas de salud. En 2050 habrá 2400 millones de personas más en el planeta y 2300 de ellas estarán en los mercados

en desarrollo, esto expresa la necesidad de buscar soluciones adecuadas, el costo total de la propiedad, la confiabilidad, la flexibilidad de uso. Cuando hablamos de enfermedad crónica nos referimos a alguien que tiene cardiopatías, es obesa, tiene diabetes o puede llegar a tener EPOC, así que son desafíos que incrementan los costos de salud.

Al hablar mucho con los proveedores de los Estados Unidos ellos sostienen que entre un 4 y 5 por ciento de los pacientes causan casi el 50% de los costos del sistema, y la pregunta que nos tenemos que hacer es cómo encaramos esos costos y qué podemos hacer en función de la detección temprana. También nos encontramos con que algunas personas subestiman al paciente, porque pasa a ser cada vez más un consumidor. El segundo punto se centra en los prestadores de los servicios de salud, en muchos países del mundo hay sistemas fragmentados y uno de los grandes temas es la re-internación, porque eso indica que no se ha hecho un buen trabajo o, al menos, no tan bueno. Nosotros encaramos muchos de los puntos críticos en un hospital, tenemos distintos departamentos que se ven afectados por lo que hacemos, imágenes, laboratorio central, laboratorio privado, el punto de atención al lado de la cama del paciente o en la guardia.

Ayudamos a pensar en darle al volumen valor, a cómo mejorar la salud de la población, con el menor costo posible y mayor satisfacción para el paciente y, también, hasta cómo hacerlo con mayor satisfacción del profesional. Como empresa tenemos la oportunidad de mejorar los resultados y reducir los costos, a través de la reducción de la sobreutilización, el llamado pago por paquete, una tendencia en el mundo que integra la totalidad de los servicios y atenciones que lleva un tratamiento a lo largo de un tiempo completo, ofreciendo valor en salud.

Introducir tecnologías que nos ayuden a mejorar la salud de la población, a reducir el costo por paciente y a darle a éste una mejor experiencia. Otro aspecto también es hacer que la vida del médico sea más fácil. Cuando pensamos en cómo manejar la digitalización, es decir las oportunidades y los desafíos de introducir inteligencia artificial, los aprendices de hoy son los que van a heredar el mundo. Y de esto se trata la evaluación de tecnologías en salud, en ofrecer valor en salud que es una tendencia emergente y hay que saber cómo aprovecharla.

* El autor es *chief operation officer* de Siemens Healthineers para América latina

tizar el pago de las prestaciones: “Uruguay es, tal vez, dentro de los países de la región el que más tiene perfectamente conectada su política sanitaria con su agencia de evaluación de tecnologías. Y digo esto

sin desmerecer el valor técnico que tiene la agencia colombiana, también de muy buena calidad, con un fondo de alto costo como forma de apoyo a la sustentabilidad del sistema colombiano, pero persiste en

él un problema de organización y de intermediación que hace que sea muy poco aplicable el resultado de la evaluación de tecnologías”.

Al referirse a la Argentina, el rector de la Universidad ISALUD señaló que los esfuerzos están resumidos a la Red Argentina Pública de Eva-

luación y la Unión Coordinadora de Evaluación y Ejecución de Tecnologías Sanitarias; y más recientemente a la Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitaria (AGNET), cuyo proyecto de ley ya está en la Legislatura pero aún no ha logrado pasar el trámite de discusión en la comisión de salud del Senado de la Nación: “Incluso ha surgido un proyecto alternativo que es el de la Agencia Federal de Evaluación de Tecnologías y que globalmente se diferencian en dos o tres acciones que son el motivo de la gran discusión para su aprobación. La del proyecto oficial plantea que la acción de la agencia sea posterior al permiso de comercialización de la tecnología, mientras que el proyecto de la agencia federal sostiene que la acción debiera ser anterior. Este es el punto más discutible de ambos proyectos”.

Torres se refirió también a la posibilidad de que la Agencia pudiera estar saliendo en estos días por vía de un DNU del Poder Ejecutivo, y si esto fuera así elude una circunstancia central que es “la discusión no solo de los parlamentarios sino con todos los sectores vinculados al tema, algo que finalmente no sucedió. Nunca fuimos llamados para dar nuestra opinión, e incluso tampoco las propias cámaras productoras de tecnología que, si bien yo comparto con el gobierno nacional la existencia de conflictos de interés en este tema, debieran estar sentados en la discusión porque de última es el poder central del Estado el que justamente debe regular y poner en equilibrio los intereses de todos los sectores. Nuestra expectativa es que no salga por un DNU”. A modo de reflexión, Torres dijo que la idea de una Agencia como eje central de una gestión no tiene sentido

Hay menos trabajadores activos que pagan por los costos



Por David Fisher (*)

Los problemas globales con los cuales nos encontramos hoy son el envejecimiento de la población, el aumento en el acceso a la atención y la suba de los costos sanitarios. Esto nos señala el coeficiente de dependencia de los países, la cantidad de gente jubilada comparada con los trabajadores activos. En 2010, el continente europeo y Japón eran los lugares donde se registraban los mayores coeficientes de dependencia. Ahora la proyección para 2050 es bien

distinta, y excepto algunos países de África, todos a nivel mundial estarán viviendo un aumento de la cantidad de jubilados comparados con los trabajadores activos. Hay evidencias que demuestran que con el tiempo y a medida que este coeficiente de dependencia aumenta, la cantidad de PBI que se gasta en salud aumenta. Cada aumento del 1% en el coeficiente de dependencia tenemos 0,2% de aumento en lo que se eroga en atención de la salud. El gran impacto que tienen que afrontar los gobiernos es que por esa demanda en el aumento del gasto en salud para la población más añosa hay cada vez menos trabajadores activos que pagan por esos costos. La segunda tendencia global es mejorar el acceso a la atención de la salud, que tiene dos partes. Primero, muchos países en los últimos 40 años han aumentado la cantidad de gente con seguro de salud.

El aumento fue vertiginoso y es mucho más caro tratar enfermedades no transmisibles, requiere de mayores gastos en hospitales, en capacitación para los médicos y prestadores de la salud. La población que envejece aumenta los costos. El otro cambio es el incremento en el acceso a los servicios de salud. ¿Qué están haciendo los gobiernos al respecto? Bueno, muchas cosas, pero la mira está puesta en la atención basada en el valor, que se utiliza para modificar los pagos, por ejemplo, para la atención de la salud.

¿Y cómo se implementa? Todo depende de los países, pero hay ciertos incentivos que uno utiliza y hay que tenerlos en cuenta. En segundo lugar, hay métodos para optimizar y estandarizar la atención. Hay ciertos pueblos en los Estados Unidos donde el promedio de expectativa de vida está en promedio de los 90 años (Virginia) y otros de 65 (Virginia Oeste), y esta variación en parte depende justamente de la variación en la calidad de la atención de la salud, obvio que hay otros factores, pero es importante para entender esta gran variación porque la atención puede tener un gran impacto según las políticas gubernamentales. Además, si las evaluaciones de tecnologías sanitarias se hacen mal pueden impedir el acceso a los pacientes, reducir el nivel de salud de la población. La implementación y la utilización del sistema de evaluación de tecnologías tienen que ser transparente y bien pensada, es esencial tener un sistema flexible que diferencie el valor y el resultado entre las diferentes tecnologías presentes en el mercado.

*El autor es *head of global policy* de Siemens Healthineers



ABC S.A.

EMPRESA LIDER

EN LA GESTION MEDICO-FARMACEUTICA
(DISEASE MANAGEMENT) DE PATOLOGIAS CRONICAS
Y PROVISION DE MEDICAMENTOS



Gerenciamento Médico-Farmacéutico
de Patologías Crónicas



ABC S.A.: Av. Jujuy 570 (1229)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: (011) 4941-1001
E-mail: abcsa@abcsalud.com.ar
Sitio web: www.abcsalud.com.ar

si no va acompañada de un contexto de política sanitaria, esto es contar con políticas de medicamentos, recursos humanos e incentivos para determinadas conductas de prestación. Y rescató que en el marco de la Superintendencia de Servicios de Salud se diera apoyo a la conformación de un PMO de emergencia (lanzado en 2002 y vigente aún hoy) que incluyó un listado o formulario terapéutico de medicamentos para ser utilizados por la seguridad social y que plantea la utilización de precios de referencia como base para los descuentos de los afiliados: “el PMO de la Argentina es la experiencia del programa más inclusivo, incluso a nivel global, porque no hay ningún conjunto de prestaciones en todo el mundo que incluye el PMO de Argentina. La conformación del PMO no debe ser solo un enunciado de prácticas sino que debe ser acompañado de una guía y un protocolo que diga para que se pronostica dicha práctica”.

La expansión del gasto

Por su parte, el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, dio su visión sobre el sistema de salud argentino que al igual que en el resto de los países, sufre una expansión del gasto muy fuerte desde hace 30/35 años, con una economía en crecimiento (en los últimos 50 años el PBI del mundo aumentó seis veces), donde la torta se hizo cada vez más grande y la porción asignada a la salud se expandió más que en otras áreas. “Uno puede decir que no es solo la tecnología –apuntó el rector– sino que hay otros componentes como lo pueden ser el envejecimiento poblacional, las patologías crónicas que implican poli-enfermedades durante más



“Desde la innovación nuestro país está en la edad de piedra y lo digo con dolor, porque alguna vez he tenido responsabilidad sobre las instituciones, pero son notables las dificultades para incorporar tecnología”

*Ginés González García,
rector honorario de
la Universidad ISALUD*

tiempo, que se ha expandido la idea de los derechos o se han universalizado mucho las prestaciones, todo puede ser válido, pero claramente el motor de todo esto es la innovación tecnológica”.

Indicó a modo de ejemplo el sector de los medicamentos donde la Argentina, en ese sentido, continuó el mismo curso global: “Los datos de los gastos en salud nuestros no son fáciles –admitió–, sobre todo porque el gasto privado es complicado, pero los últimos números del PBI en la Argentina era de unos 583.000 millones de dólares, a 2015, y un 10% de esa cifra, o sea estamos hablando de unos 58.000 millones de dólares por año, fueron asignados como gastos en salud de nuestro país”. Según el ex embajador en Chile, se está viendo una transferencia del gasto público o solidario, como lo son las obras sociales al gasto de bolsillo.

“Hay una tendencia –continuó– a incrementar el gasto de bolsillo, a la inequidad, porque como en todo gasto que depende de los individuos termina pagando quien puede. Con este esquema, el problema que estamos teniendo es que en

realidad se están firmando acuerdos vinculados a la propiedad intelectual, a las patentes, que prácticamente van a ser automáticos como la incorporación de medicamentos, y donde estamos viendo una explosión, como una especie de big-bang en los Estados Unidos con casi 200 monoclonales por salir, pero a un precio imposible de pagar, y esto ya es un problema que recae no solo en los individuos sino también sobre los estados”.

Otro aspecto crítico señalado por ex ministro de salud de la Nación, es que la Argentina incorpora toda tecnología en aparatología, medicamentos, de sistemas accesorios pero no produce, ni incorpora ninguna innovación en tecnología destinada a la gestión del sistema, gestión de las enfermedades y de los pacientes: “En ese sentido y desde la innovación nuestro país está en la edad de piedra y lo digo con dolor, porque alguna vez he tenido responsabilidad sobre las instituciones, pero son notables las dificultades para hacer una incorporación tecnológica. Lo digo con dolor, porque esa carencia es fuerte y quizá sea donde estemos más atrasados”. 