



Tecnología y salud global: Desafíos actuales para América Latina y el Caribe



IV Congreso Latinoamericano y del Caribe
de Salud Global

TECNOLOGÍAS, RIESGOS GLOBALES Y GOBERNANZA EN
SALUD: DESAFÍOS Y RESPUESTAS DESDE AMÉRICA LATINA



ISALUD
1991-2016

Los principales desafíos de la salud global en Latinoamérica:

**las 3 “inversiones” ...
y la “desinversión”**

Uso Inequitativo de recursos: Ley de Cuidados Inversos (Lancet, 1971)

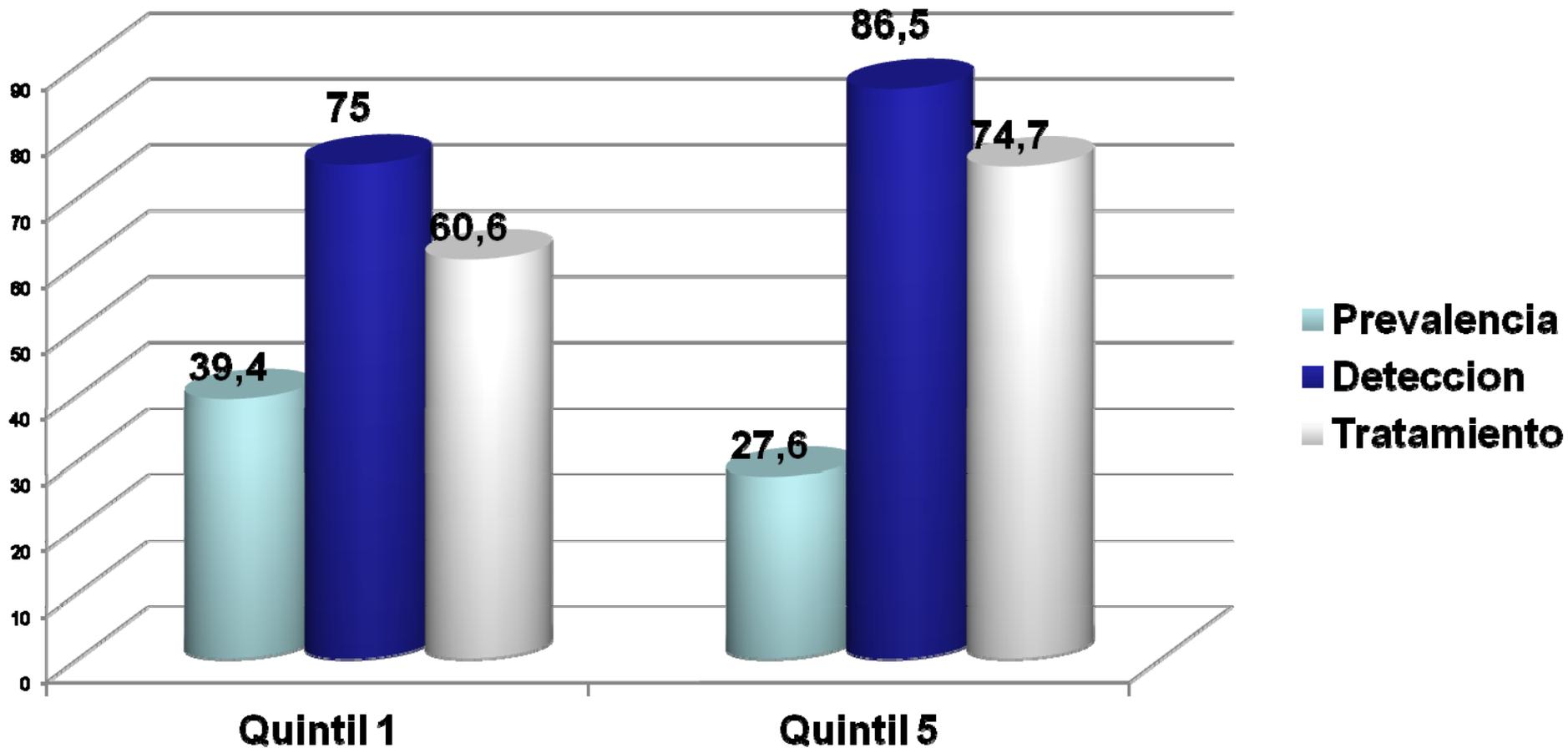
"La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida."

"Esto [...] se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado, y menos donde la exposición esté reducida."



Julian Tudor Hart

Hipertensión Arterial y nivel de ingresos





ISALUD
1991-2016



FDA News Release

FDA allows marketing of first wearable, motorized device that helps people with certain spinal cord injuries to walk

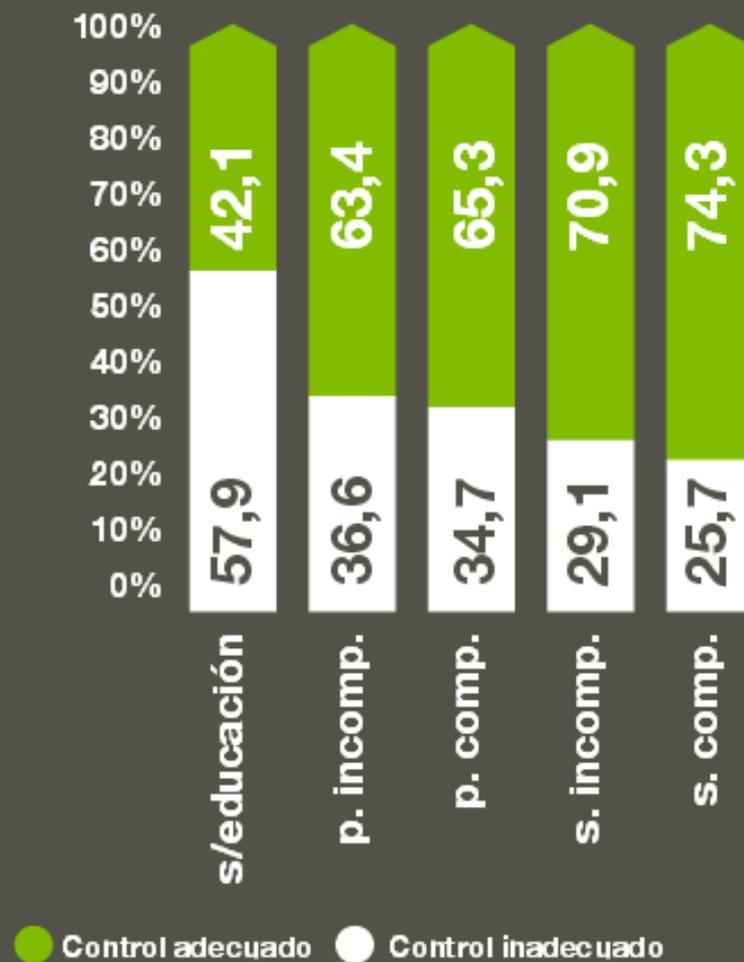
For Immediate
Release

June 26, 2014

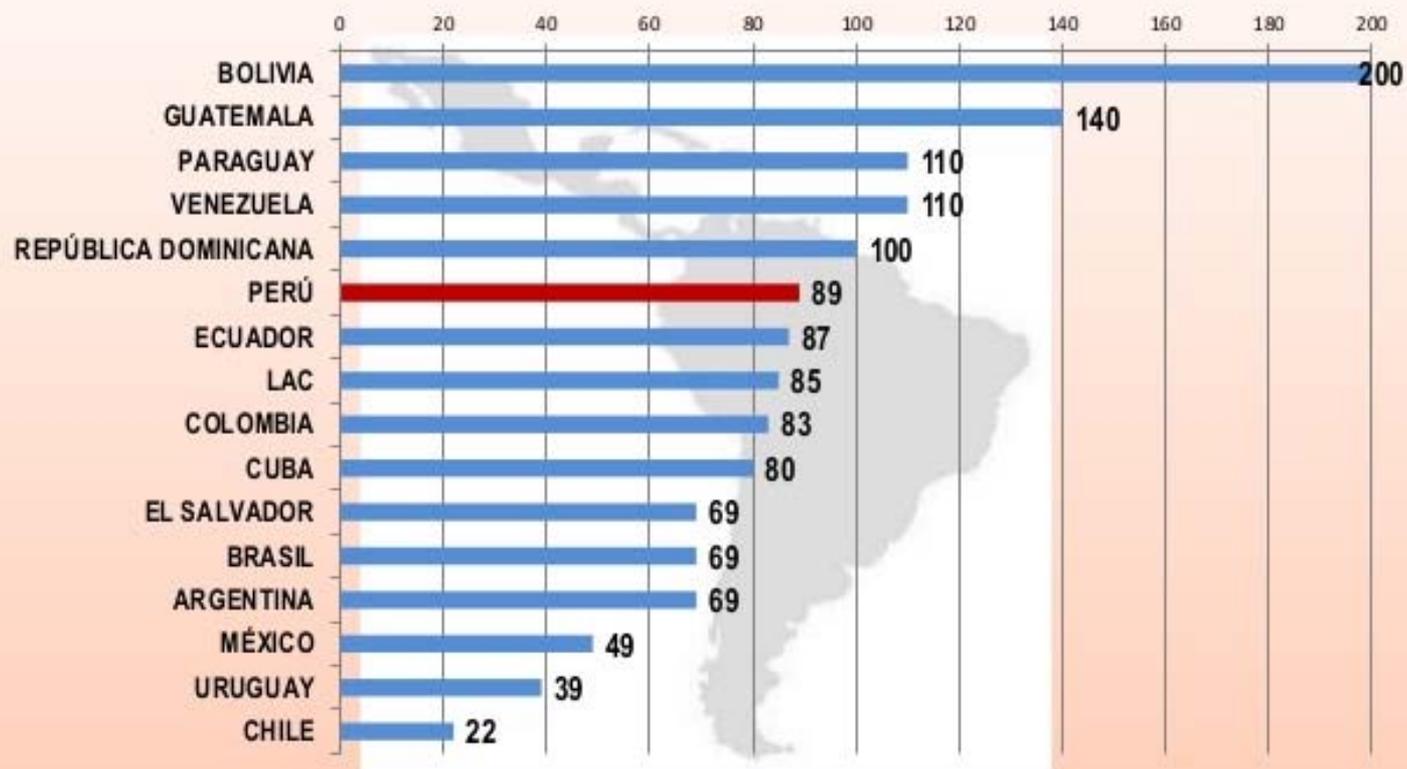
“la población expresa biológicamente experiencias de desigualdad social”

Krieger N. A glossary for social epidemiology *J. Epidemiology Community Health* 2001; 55;693-700

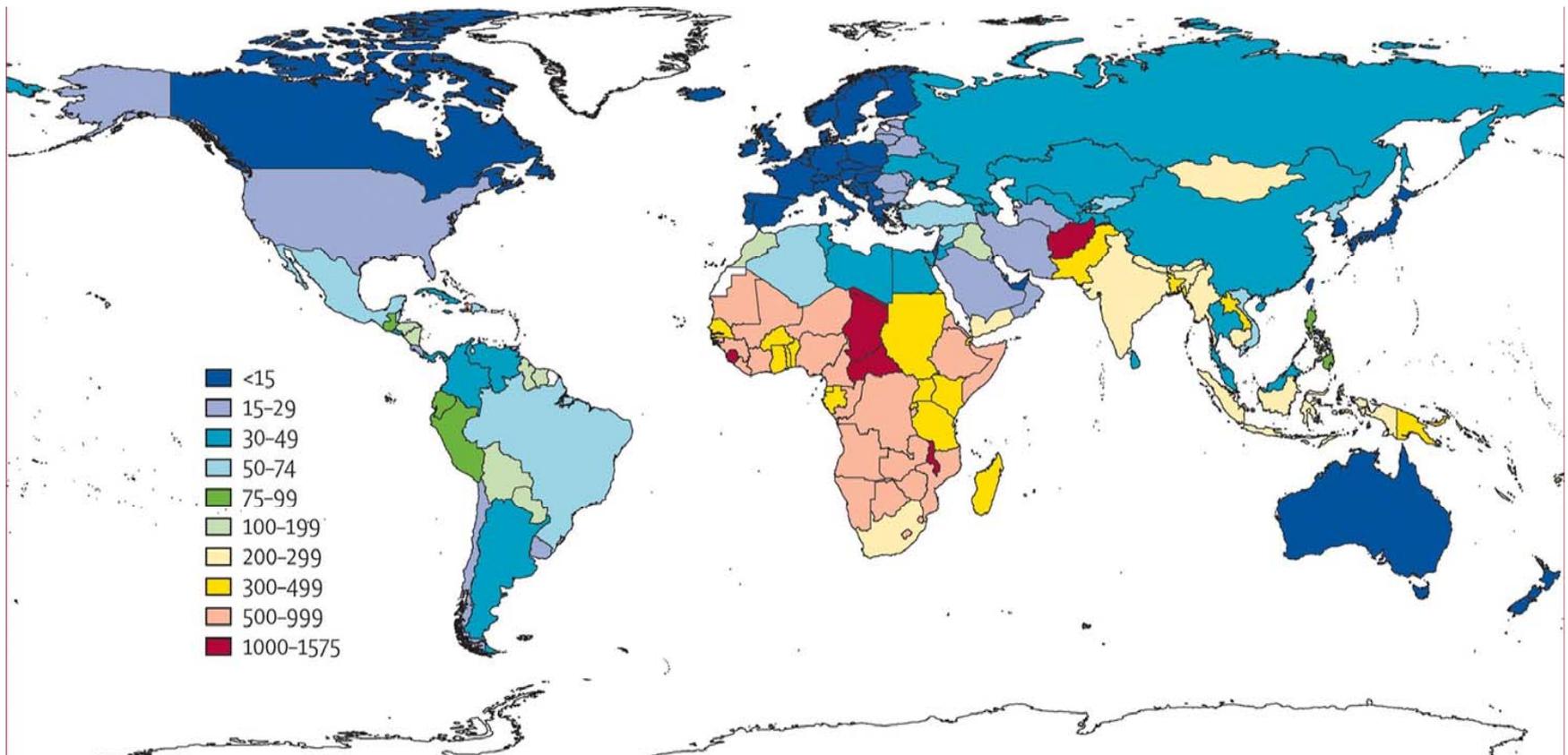
Gráfico 2. Porcentaje de controles prenatales adecuados e inadecuados según el nivel educativo de las mujeres



Estimaciones razón de mortalidad materna (RMM, muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos) América Latina y el Caribe OMS



Tasa de Mortalidad Infantil



Consumo... y Confusion

Necesarias pero NO SUFICIENTES

Suficientes pero NO NECESARIAS



DESINVERSION

“ ***Desinvertir***’ en todo aquello que no añade salud, ***aunque lo pida la clase media-alta***”, para lograr equidad en la atención sanitaria. Se derrocha dinero en pre-operatorios y determinadas pruebas diagnósticas, como las citologías de cuello de útero. “*En España se hacen 10 millones de citologías de cuello de útero al año, pero 1 de cada 5 mujeres diagnosticadas con Ca de útero no se la había hecho. Eso quiere decir que **estamos desviando recursos que ciertas personas necesitan a otras que no los necesitan***”

“**La medicalización** nos lleva a una prevención sin límites que **rompe la equidad y la solidaridad** porque **con nuestros impuestos debemos pagar operaciones realmente necesarias, no un escáner porque me duele la cabeza** “. “**Lo que vale un TAC no es lo que nos gastamos en un TAC sino lo que usted deja de hacer para gastarnos dinero en un TAC**”.

Juan Gervas

Medico de familia-Profesor visitante del Departamento de Salud Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad de Espana.

Recortar o Desinvertir?



No solo las nuevas tecnologías son responsables del incremento del gasto en la atención médica...



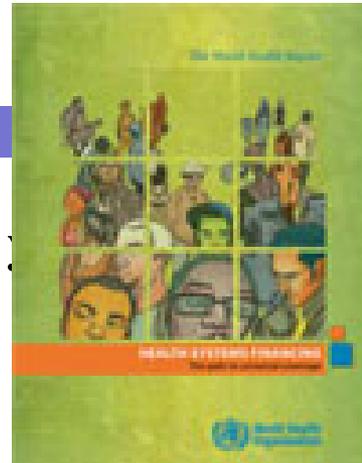
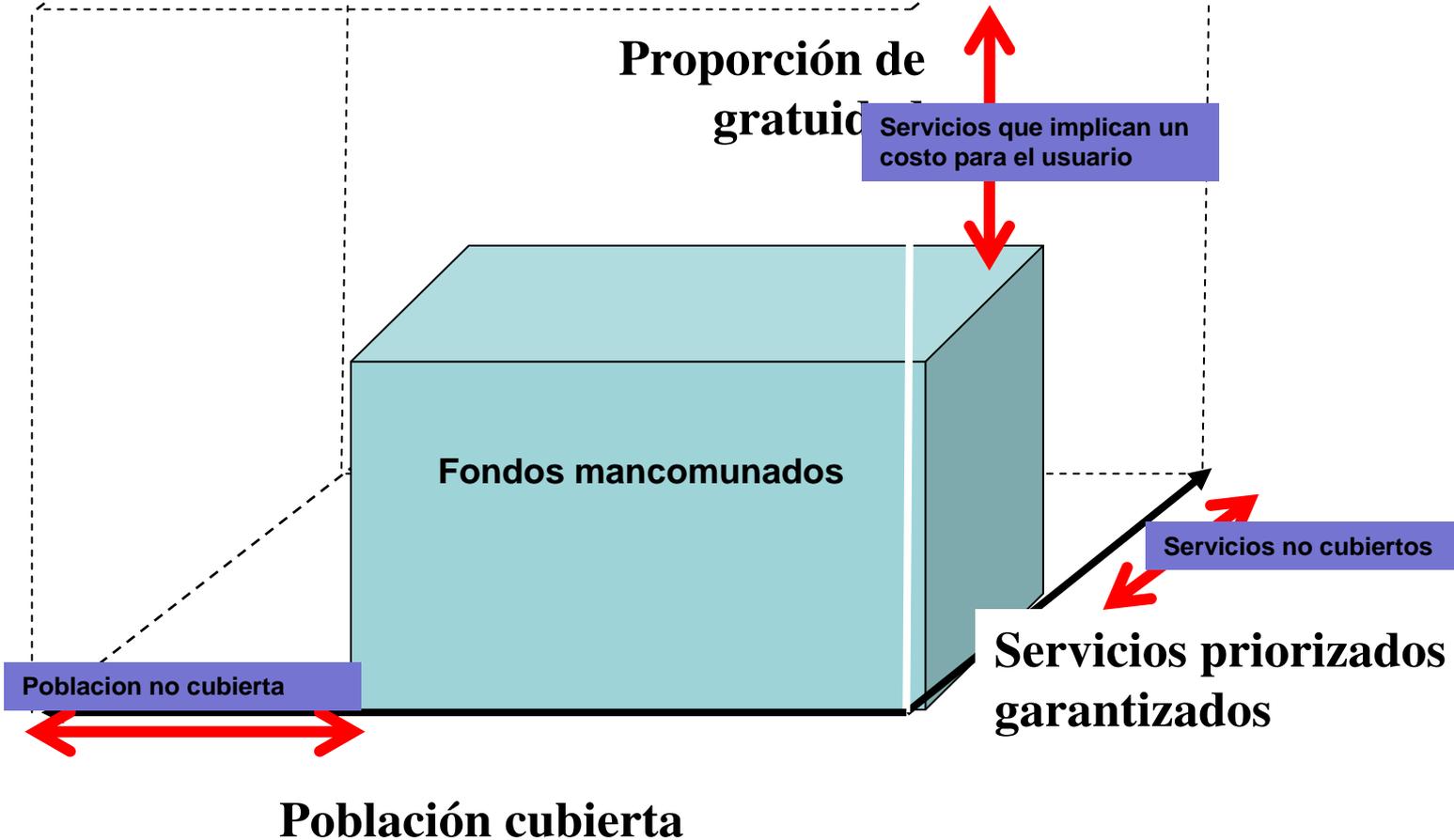
Entre 21 y 34 % del gasto corresponde a procesos y /o servicios que no aportan valor en términos de salud ni calidad de vida

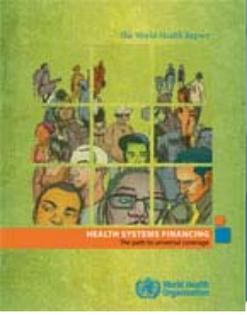


ISALUD
1991-2016

Sistemas sanitarios en transición en la mayoría de los países con necesidad de mejorar la eficiencia, la equidad y lograr el acceso universal

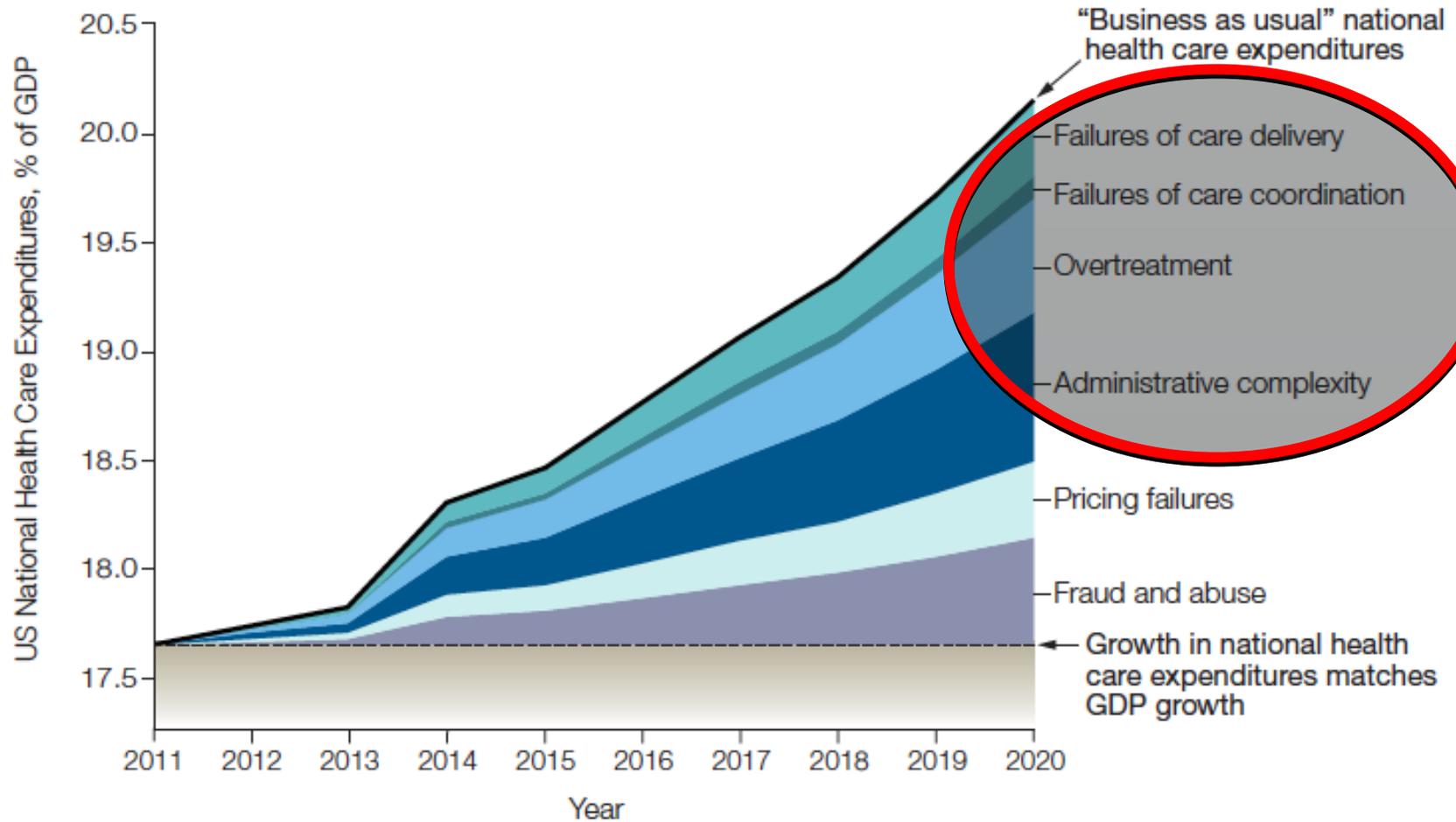
Cobertura Universal en Salud: situación en que *todas las personas esten recibiendo servicios sanitarios de calidad*, que respondan a sus necesidades, sin estar expuestos a riesgo financiero por el pago de los mismos.



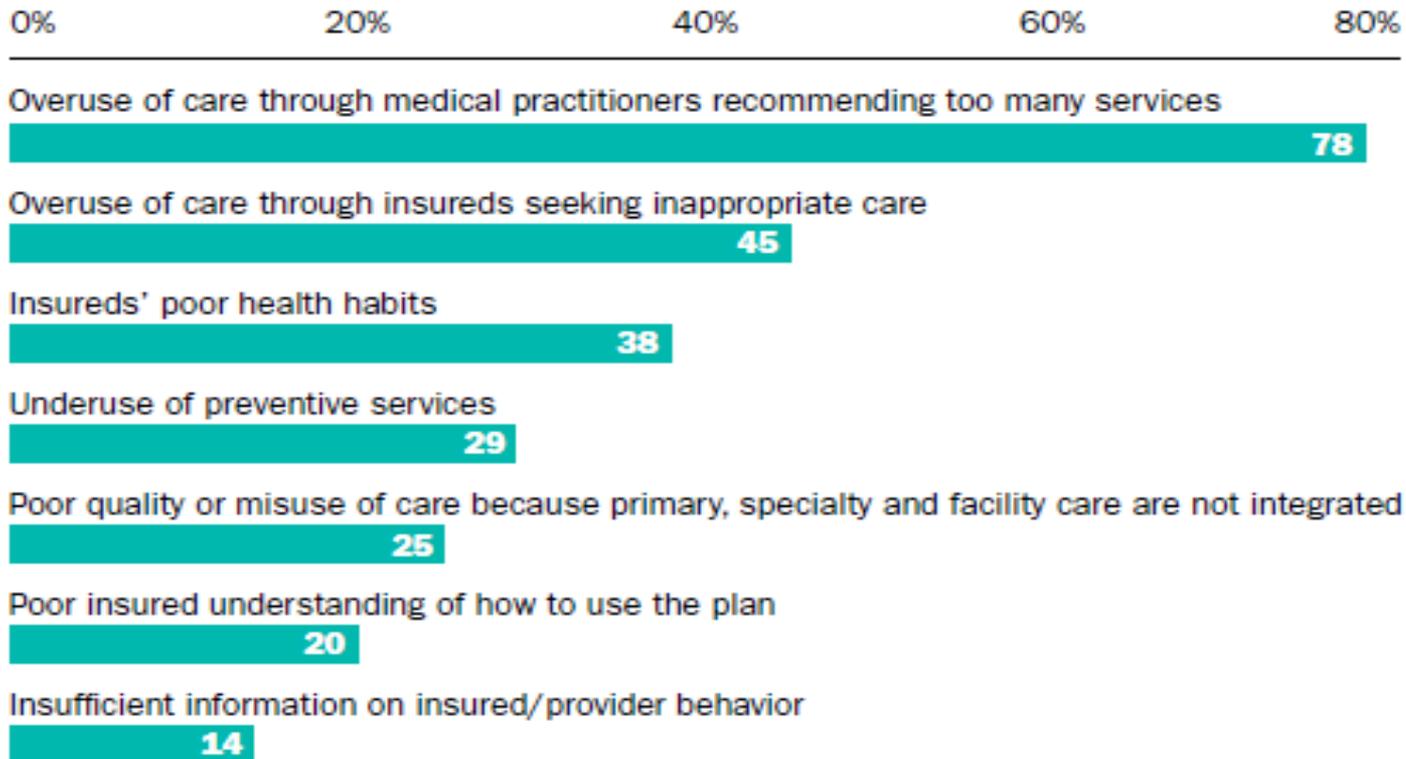


Chapter 4 | More health for the money

- Entre **20%** y **40%** de los recursos para salud se pierden por diferentes causas de ineficiencia.
- Causas comunes:
 - *Gasto excesivo en medicamentos y tecnologías: uso inapropiado o ineficiente*
 - Tamano exagerado de los hospitales
 - Falta de motivacion de los trabajadores de la salud
 - Mezcla inadecuada en la provision de servicios de prevencion ,promocion tratamiento y rehabilitacion.

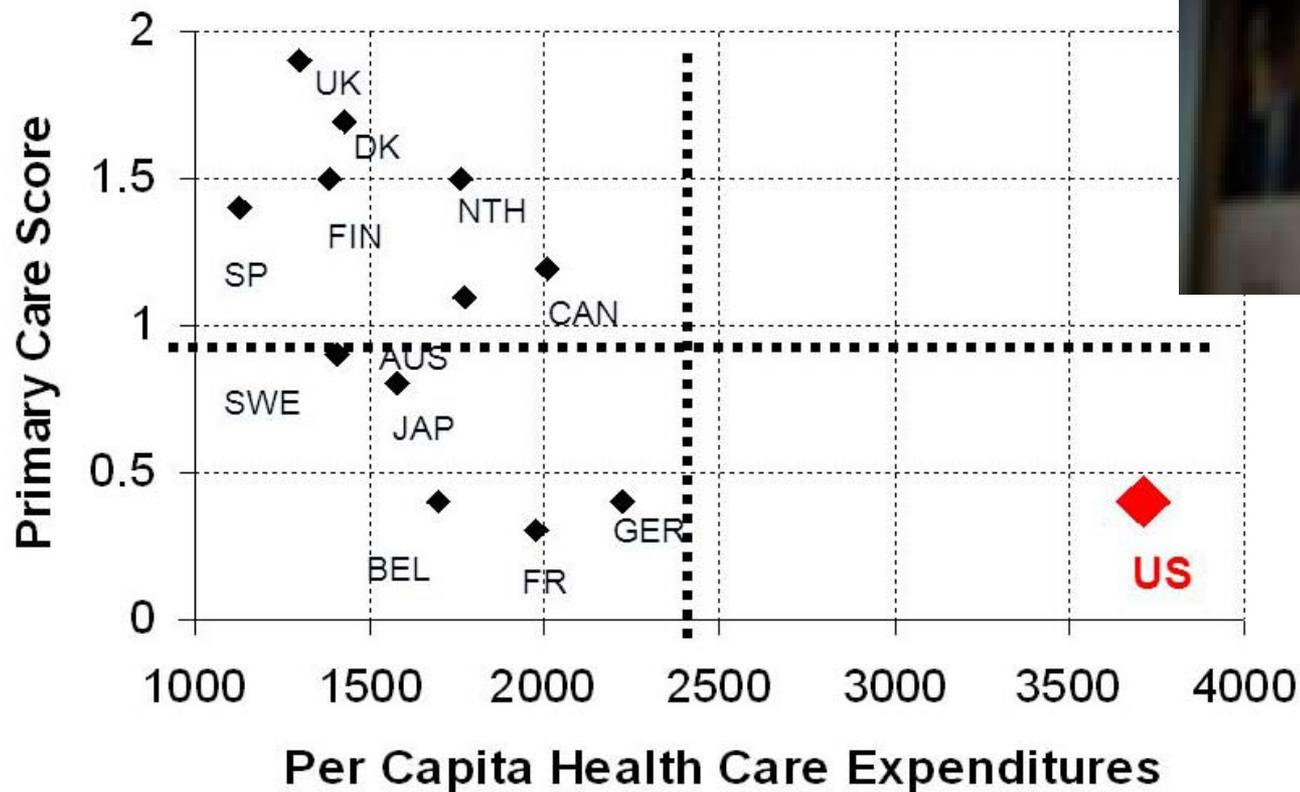


Principales factores de aumento del gasto (internos)



Desarrollo de la Atención Primaria vs Gasto en Salud por países

Starfield B, Health Policy 2002; 60:201-218



**Barbara
 Starfield
 1932-2011**



Dilema entre la aplicación de tecnologías de bajo costo nominal (APS) y tecnologías de alto costo nominal.



- **La evaluación de la efectividad, eficiencia y seguridad de los distintos medicamentos, aparatos y procedimientos** utilizados en pacientes, **es condición necesaria, pero no suficiente** para apoyar la sostenibilidad financiera de los sistemas...
- La evaluación del **modelo de atención y de gestión** de los sistemas es una tarea esencial y debe ser incorporada a la tarea de las agencias de evaluación de tecnologías.



ISALUD
1991-2016

•Efecto “Cascada” de test innecesarios

- Se desencadenan frecuentemente por la **ansiedad del paciente y/o del médico**; generan una **cadena de eventos** tanto más **imparable** cuanto más avanzan y tienen **consecuencias** previsibles e inevitables (**daños al paciente**; orgánicos o psicológicos)

•Prevención cuaternaria (actividades que intentan evitar, reducir y paliar el daño provocado por la intervención médica)

- **La medicalización de la salud y la arrogancia de la medicina conllevan un mundo de excesos**

Recortar o Desinvertir?



MANAGING DECISIONS OF THE BOARD
Should we invest in...
Body fat analysis of animals of the forest
Medical consequences of the laser



CAN WE MAKE
CUTS THAT
WILL NOT HARM
HEALTH CARE?

Antes de buscar dónde
recortar, hay que
buscar opciones que
mejoren la eficiencia

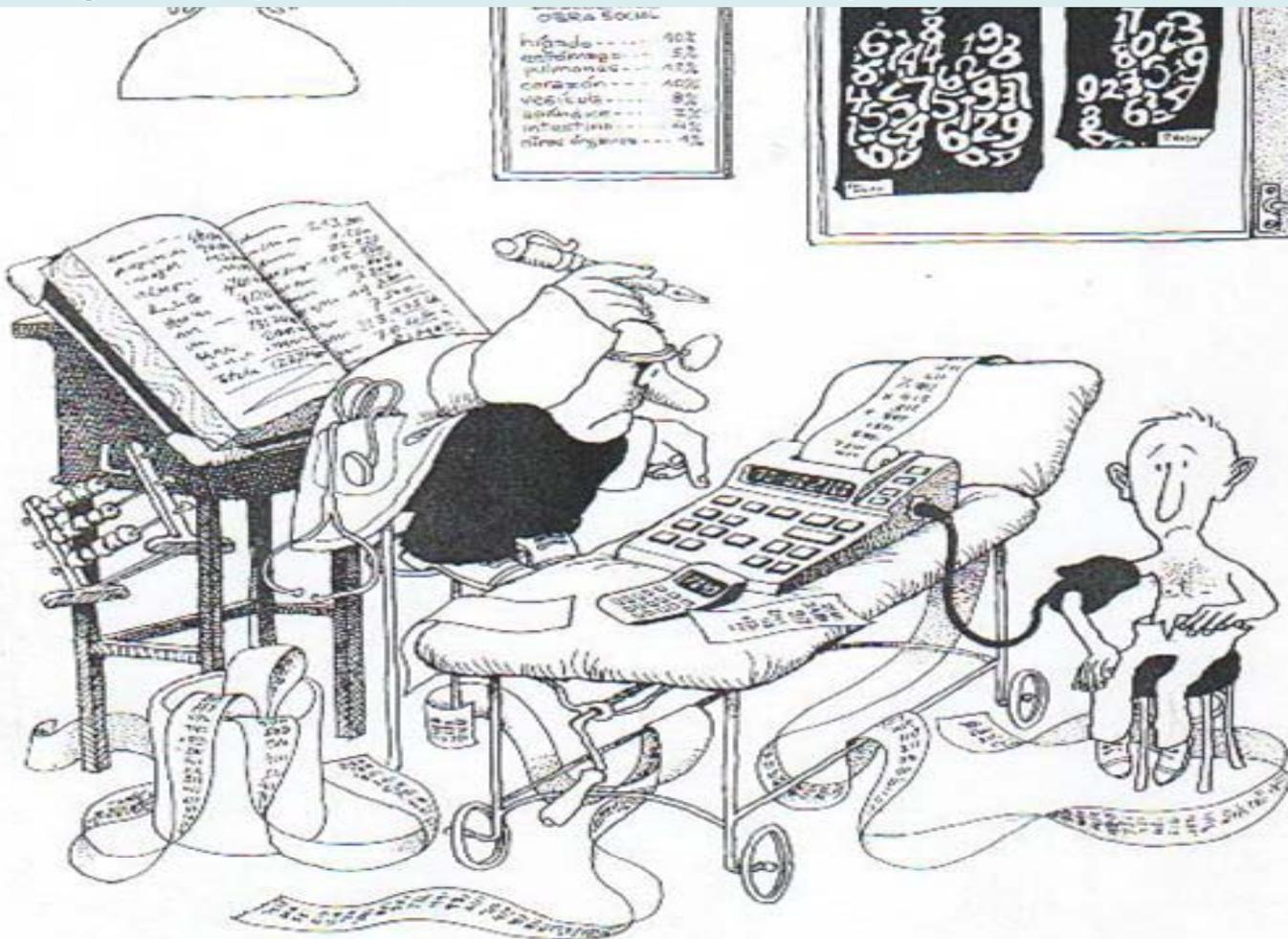
Ni más actos médicos,
Ni más recursos
significan más salud

Racionar o Racionalizar?



ISALUD
1991-2016

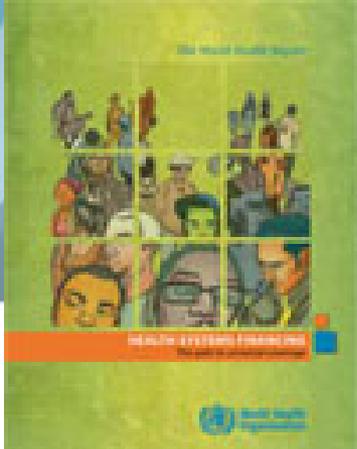
Se aprendió que el aumento de los recursos no siempre asegura su uso eficiente y por consiguiente, puede no redundar en un mejoramiento de la calidad





ISALUD
1991-2016

El acceso a la tecnología sanitaria en un contexto global.



Informe sobre la Salud del Mundo, 2010

“La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”

3 problemas para alcanzar la cobertura universal en salud:

- Recursos insuficientes
- Excesivos pagos directos (en el punto de atención)
- **Uso inadecuado (ineficiente e inequitativo) de los recursos**

-Procedimientos de divulgación general no sustentados científicamente

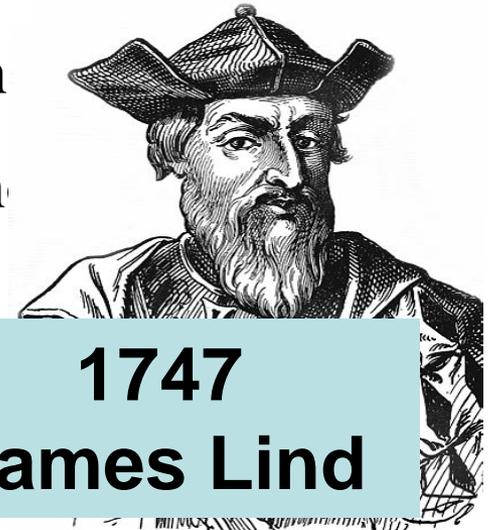
BETTE DAVIS



- **“La televisión es maravillosa. No sólo nos produce dolor de cabeza, sino que además en su publicidad encontramos las pastillas que nos aliviarán.”**

LA TECNOLOGÍA COMO PROBLEMA

- ✓ Aceleración de la producción de tecnologías sanitarias
- ✓ El mercado de la salud y la introducción de “innovaciones tecnológicas”

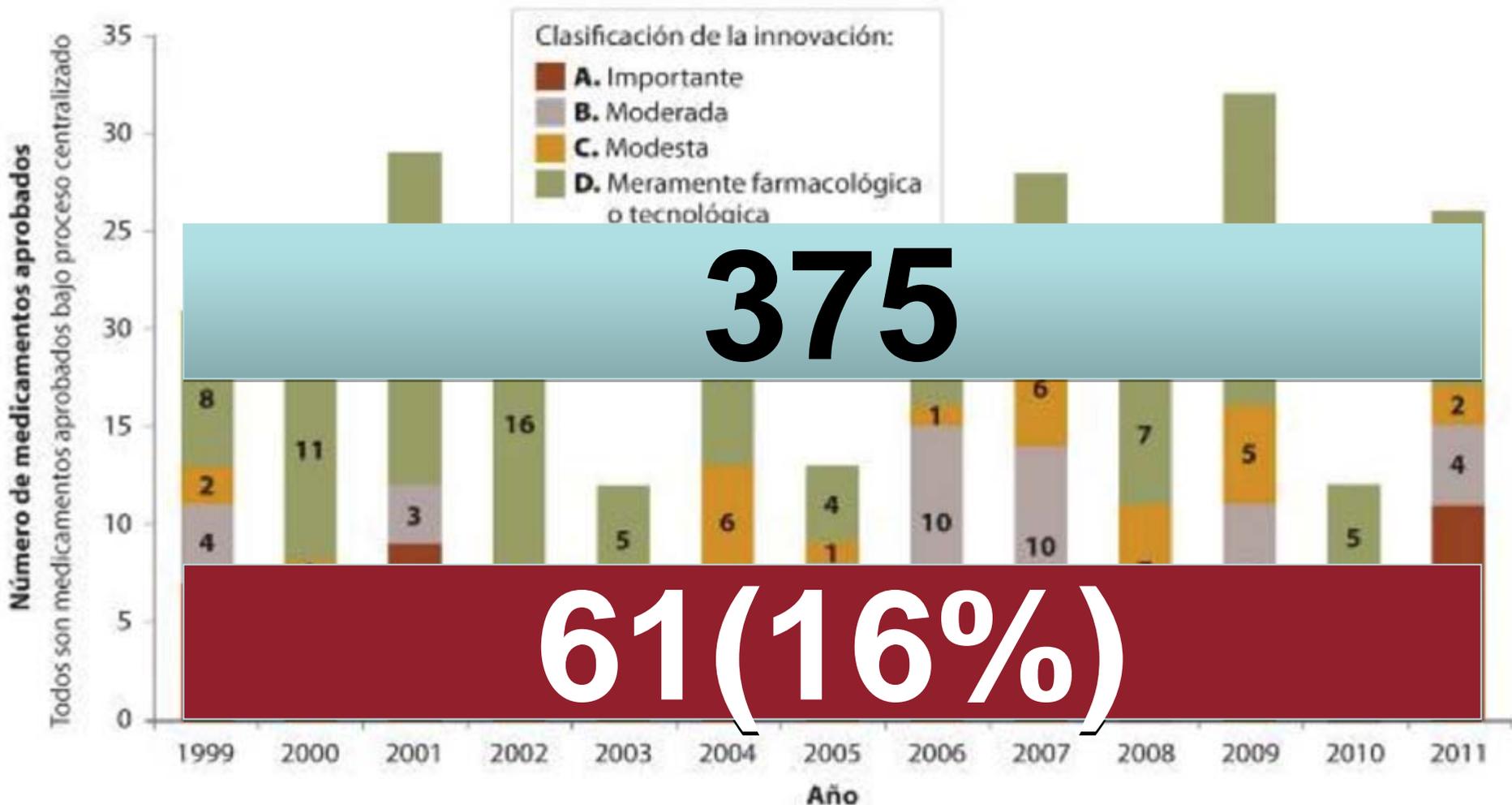


225
años

1747
James Lind

- 5 naves con 234 hombres (1519)
- 1 barco y 18 supervivientes (1522)
- *“Nuestra mayor desgracia era vernos atacados de una especie de enfermedad que hacía hincharse las encías hasta el extremo de sobrepasar los dientes en ambas mandíbulas, haciendo que los enfermos no pudiesen tomar ningún alimento. De éstos murieron 19. Además, teníamos 25 marineros enfermos que sufrían dolores en los brazos, en las piernas y algunas otras partes del cuerpo...”* Antonio Pigafetta

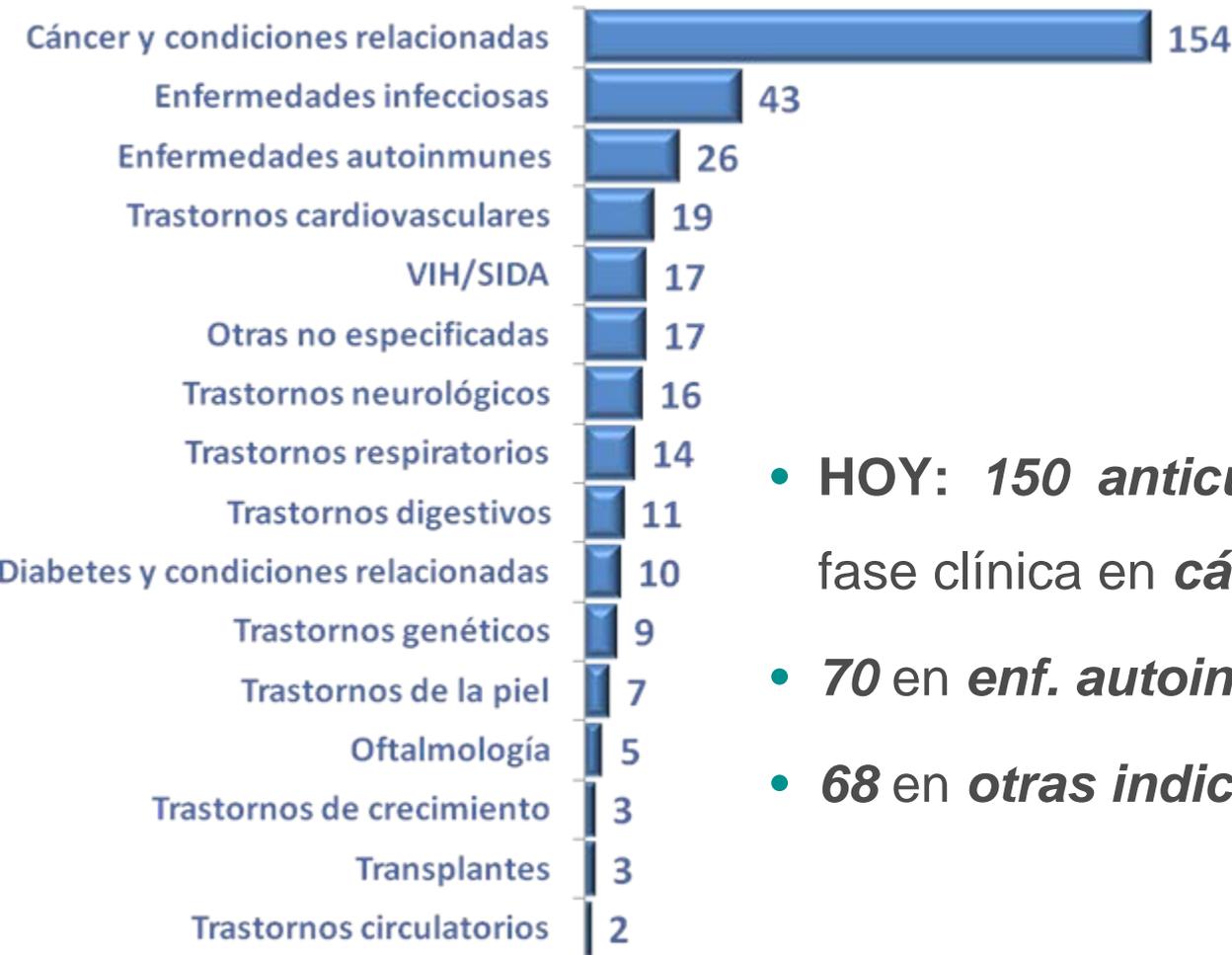
Grado de innovación de los medicamentos aprobados en Europa entre 1999 y 2011





- En el **2000** solo **1** de los **10** medicamentos mas vendidos en USA era biologico
- En **2011**, **10** de los **15** mas vendidos, lo era.
- En **1996-2005**: se comercializaron unos **6 MB** anualmente (**9%** del total de fármacos) en UE.
- En **2005**: **85 MB** disponibles en Europa.
- En **2018** se espera que **50 de los primeros 100** productos sean biológicos

NÚMERO DE PRODUCTOS BIOTECNOLÓGICOS EN DESARROLLO POR TIPO DE ENFERMEDAD – 2006



- **HOY: 150 anticuerpos monoclonales** en fase clínica en **cáncer**,
- **70** en **enf. autoinmunes** y
- **68** en **otras indicaciones**

7/10 drogas más vendidas en 2014 fueron medicamentos biológicos

Rank	Product	Company	Technology	WW Sales (\$m)
1	Avastin	Roche	Monoclonal antibody	9,232
2	Humira	Abbott & Eisai	Monoclonal antibody	9,134
3	Rituxan	Roche	Monoclonal antibody	7,815
4	Enbrel	Wyeth, Amgen & Takeda	Recombinant product	6,583
5	Lantus	Sanofi-Aventis	Recombinant product	6,386
6	Herceptin	Roche	Monoclonal antibody	5,796
7	Crestor	AstraZeneca	Small molecule chemistry	5,739
8	Spiriva	Boehringer Ingelheim	Small molecule chemistry	5,552
9	Remicade	SGP, J&J & Mitsubishi Tanabe	Monoclonal antibody	5,220
10	Gleevec/Glivec	Novartis	Small molecule chemistry	5,136

La pesada carga de los biológicos



- El costo anual de un paciente de Ca de mama tratado con Trastuzumab es de **U\$S 37,000**
- Pacientes con Artritis Reumatoide o enf. de Chron gastan **U\$S 50,000** anuales con Adalimumab
- Aquellos que reciben Cerezyme para tratar la enf. de Gaucher gastan **U\$S 200,000** al año
- **43%** del presupuesto de Medicare se gasta en **6** productos biológicos
- **2%** de los pacientes oncológicos en USA se ha declarado en quiebra
- Desde 2010, el precio medio de los nuevos medicamentos oncológicos introducidos en USA. fue de **U\$S 10.000**
- En **Brasil** los biológicos representan el **41%** del gasto publico en medicamentos en valores y solo el **2%** en volumen



*Source: New York Times; Forbes (12.04.09; Why Biologicals remain expensive)

El precio de los anticuerpos monoclonales es **33,4** veces el promedio

El de los biológicos, en general, **5,2** veces

	Precio Promedio por unidad de venta	Participacion en Unidades sobre el mercado Total	Participacion en Valores sobre el mercado Total	Crecimiento vs 2011 en USD
Total Mercado Farmaceutico	\$18,5	100%	100%	-2,4%
Productos convencionales	\$14,9	96%	77%	-4,5%
Productos Biologicos	\$96,9	4%	23%	5,1%
Anticuerpos Monoclonales	\$618,8	0,2%	8%	13,0%



still, Kefauver wanted to eliminate “me-too drugs” and “molecular modifications” by insisting that a new drug be granted a patent only if it produced a therapeutic effect “significantly greater than that of the drug before modification.”¹ Proving that a drug worked, according to Kefauver, was not enough: he wanted proof that a drug worked better than its predecessors. In contemporary terms, he wanted to know its comparative effectiveness.

HISTORY OF MEDICINE

Reform, Regulation, and Pharmaceuticals — The Kefauver-Harris Amendments at 50

Jeremy A. Greene, M.D., Ph.D., and Scott H. Podolsky, M.D.

Judicialización de la Salud: Una nueva enfermedad?

- Intervención de la justicia para promover la autorización de prácticas o la provisión de insumos o medicamentos indicados **por fuera de los protocolos que demuestran su utilidad**
- Tiene **altísimos costos** y obliga a un **despilfarro** de recursos para poder financiarla
- **Etiología:** conflictividad social, demandas sin límites y connivencia de profesionales e instituciones de la salud y de la justicia
- **Cuadro clínico:** falta de respeto por la evidencia científica, desentendimiento de consensos internacionales y nacionales, no respetando muchas veces a organismos reguladores





La judicialización de la salud

- Brasil (70-100%), Colombia (75-87%), Costa Rica (90%): jueces deciden en favor de los demandantes ⁽¹⁾
- Brasil:
 - 240,000 casos en la Justicia Federal en 2010 y un gasto total de US\$ 550mi ⁽²⁾
 - 79% de los medicamentos requeridos tenían alternativas con efectividad similar disponibles (Estado de Minas Gerais) ⁽¹⁾
- Colombia:
 - entre 2003 y 2009, el incremento promedio por año de gastos con medicamentos no incluidos en el listado fue 68% ⁽¹⁾
 - En 2009 las tutelas han costado al sector público \$300mi ⁽²⁾

(1) Reveiz L, Chapman E, Torres R, Fitzgerald JF, Mendoza A, Bolis M et al. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. Rev Panam Salud Pública. 2013; 33 (3): 213-22



El rol del Estado en la búsqueda del equilibrio entre los distintos intereses



ISALUD
1991-2016

MBE

Producción
de evidencia
de calidad:



Fuerte orientación a la
práctica clínica
individual

Agencias de
Evaluación de
Tecnología



Sustento para la toma
de decisiones sanitarias

No es lo mismo “evidencia” para licenciamiento que “evidencia” para cobertura

56 nuevas drogas oncológicas evaluadas por el NICE entre 2000 y 2008

Public funding of new cancer drugs: Is NICE getting nastier?
 Anne R. Mason*, Michael F. Drummond
 EUROPEAN JOURNAL OF CANCER 45 (2000) 1188-1192

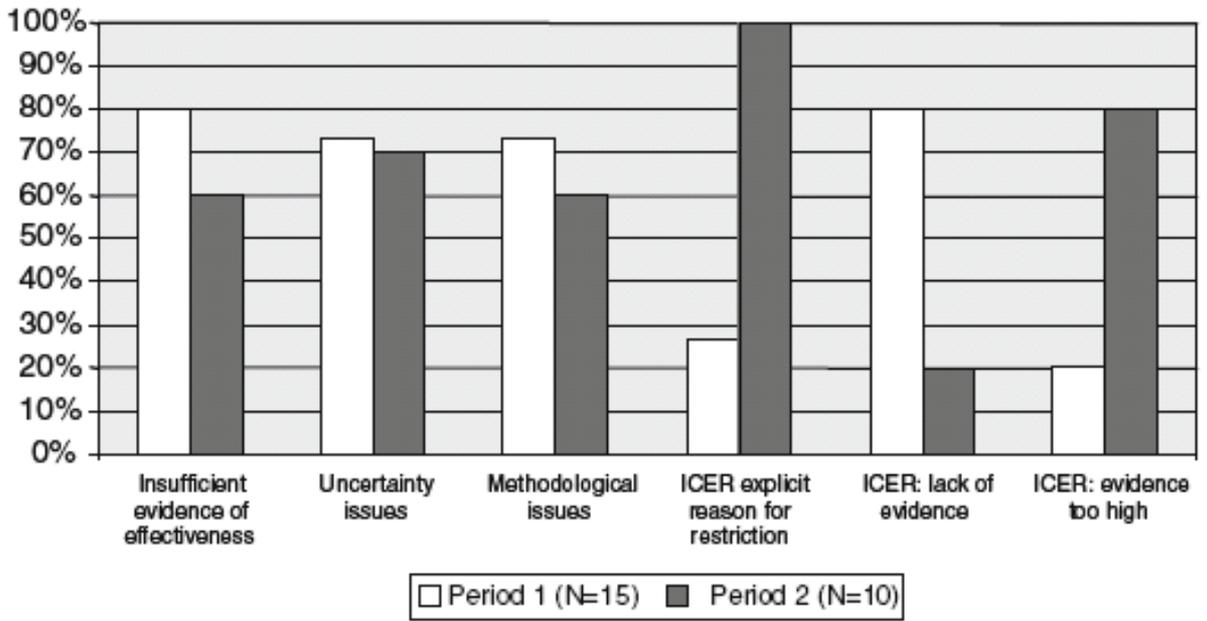
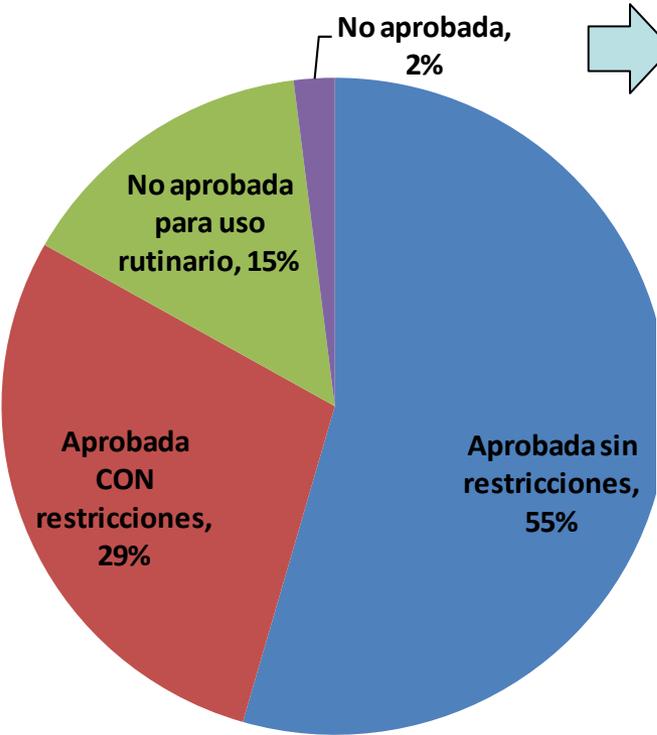


Fig. 3 – NICE restrictions by drug assessment (N = 25).



¿Por qué las agencias de evaluación?

Necesidad de soporte a la toma de decisiones de políticos, gestores y la administración pública ante el incremento de la complejidad científica y tecnológica

Necesidad de estandarizar la práctica clínica: reducción variabilidad y medicina basada en la evidencia

Necesidad de analizar el costo-efectividad de las intervenciones médicas para decidir la incorporación de nuevas prestaciones

Resolución CSP28.R9

- Primera Resolución adoptada por Estados Miembros sobre el tema de ETS y toma de decisión, en septiembre de 2012
- Se insta a los países a que:
 - Establezcan procesos decisivos de incorporación de tecnologías basados en evidencia científica;
 - Promuevan esfuerzos para establecer los marcos institucionales a fin de fortalecer los marcos regulatorios de tecnologías sanitarias;
 - Fomenten la creación de alianzas y vínculos entre los distintos actores interesados, inclusive las autoridades reguladoras y las entidades responsables de la incorporación de tecnologías sanitarias;
 - Participen activamente de RedETSA;
 - Promuevan el uso racional de tecnologías y la disseminación de los estudios para apoyar la toma de decisiones;





- Lanzada en 2011
- PAHO como Secretaría
- 28 miembros
- 14 países
- No todos los miembros son Agencias Nacionales

www.redetsa.org



Abordaje integrado

Se ha aprobado un abordaje con los siguientes elementos:

1. Integración de la ETS en las políticas públicas relacionadas con las tecnologías sanitarias

- ETS como un eje integrador en la cadena regulación-incorporación-uso racional

2. Establecimiento de un marco institucional para la toma de decisiones basadas en la ETS

- Vínculos explícitos entre la ETS y la toma de decisiones, con definición de procesos transparentes y con responsabilidades definidos entre los actores

Abordaje integrado (2)

3. Fortalecimiento de los recursos humanos

- es importante llevar a cabo procesos continuos de capacitación adaptados al contexto de cada país

4. Promoción de la generación de evidencia y de la difusión de información

- identificación de las brechas existentes en cuanto a la disponibilidad de los datos, la producción de evidencias y la calidad de los estudios de investigación
- promoción de la difusión de las evaluaciones hacia los responsables por las decisiones

Abordaje integrado (3)

5. Uso racional de las tecnologías sanitarias

- desarrollo y aplicación de las guías de práctica clínica
- Evaluación continua del desempeño de las tecnologías (eventos adversos y efectividad)

6. Promoción de la colaboración en redes

- El intercambio de experiencias entre instituciones y entre países ayuda a fortalecer la capacidad institucional
- La creación de una red regional de ETS representa una oportunidad para el intercambio de información, la capacitación y los procesos de incorporación de tecnologías

Efectividad y Eficacia

- **Es fundamental exhibir evidencia de eficacia y efectividad**

- La reducida cantidad de pacientes incluidos en los ensayos clínicos impide una evaluación de eficacia óptima y en consecuencia el tamaño muestral restringe la posibilidad de evaluar parámetros de efectividad más amplios.

- **Es importante que su comercialización ocurra lo más rápido posible**

- Sin embargo se requiere que los medicamentos sean eficaces y efectivos y esto demanda mucho más tiempo del que las sociedades están dispuestas a esperar.

Existe una tendencia creciente a tomar decisiones en virtud de un conocimiento incompleto

Métodos

Análisis de minimización de costos

IGUAL EFICACIA - IGUAL EFECTIVIDAD - COSTOS DISTINTOS

Se comparan unidades monetarias

Análisis costo-efectividad

IGUAL EFICACIA – DISTINTA EFECTIVIDAD - COSTOS DISTINTOS

Se comparan \$ por unidad en cuanto a resultados de salud (Ej. \$ por muerte evitada, \$ por evento evitado)

Análisis costo-utilidad

DISTINTA EFICACIA – DISTINTA EFECTIVIDAD - COSTOS DISTINTOS

Se comparan \$ por unidad de utilidad (Ej. \$ por AVAD)

Análisis costo-beneficio:

DISTINTOS RESULTADOS- COSTOS DISTINTOS

Se comparan unidades monetarias de distintas intervenciones o proyectos

¿Qué indicadores utilizar?

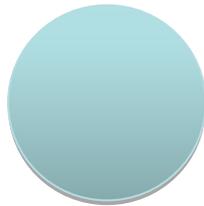
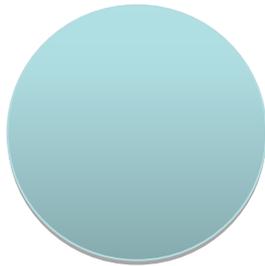
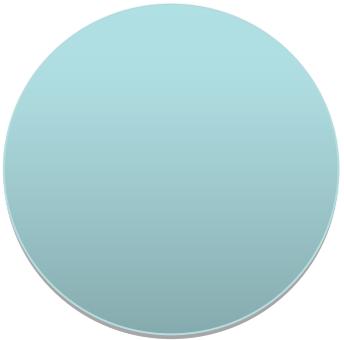
- **Indicadores principales:**

- Supervivencia (Años de Vida Ganados)
- Calidad de Vida (Años de vida ajustados por calidad, Años de vida ajustados por discapacidad)
- Otros

- **Indicadores secundarios:**

- Reducción en el progreso de evolución de tumores
- Persistencia viral/marcadores virales
- Lesiones pre-cancerosas de bajo grado
- Otros

Crterios / Barreras



Seguridad



Eficacia



Calidad



**Costo-
Efectividad
(Eficiencia)**

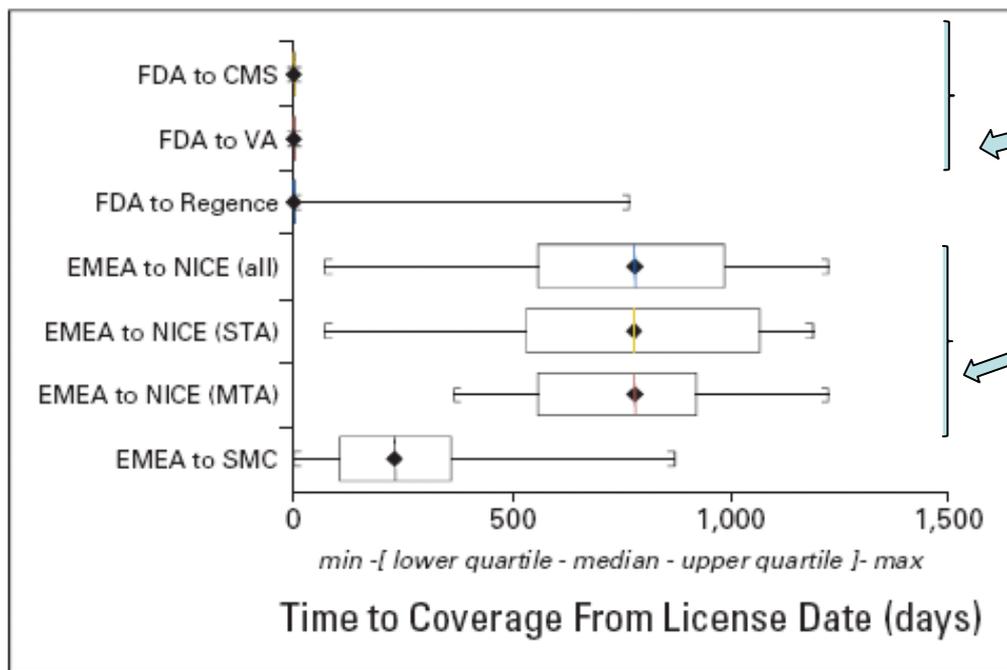


**Impacto
Presupuestario**

Que efecto tiene la inclusión de esta cuarta barrera?

Comparison of Anticancer Drug Coverage Decisions in the United States and United Kingdom: Does the Evidence Support the Rhetoric?

Anne Mason, Michael Drummond, Scott Ramsey, Jonathan Campbell, and Dennis Raisch



EEUU

vs

Europa

(“sin-ETS” vs “con-ETS”)

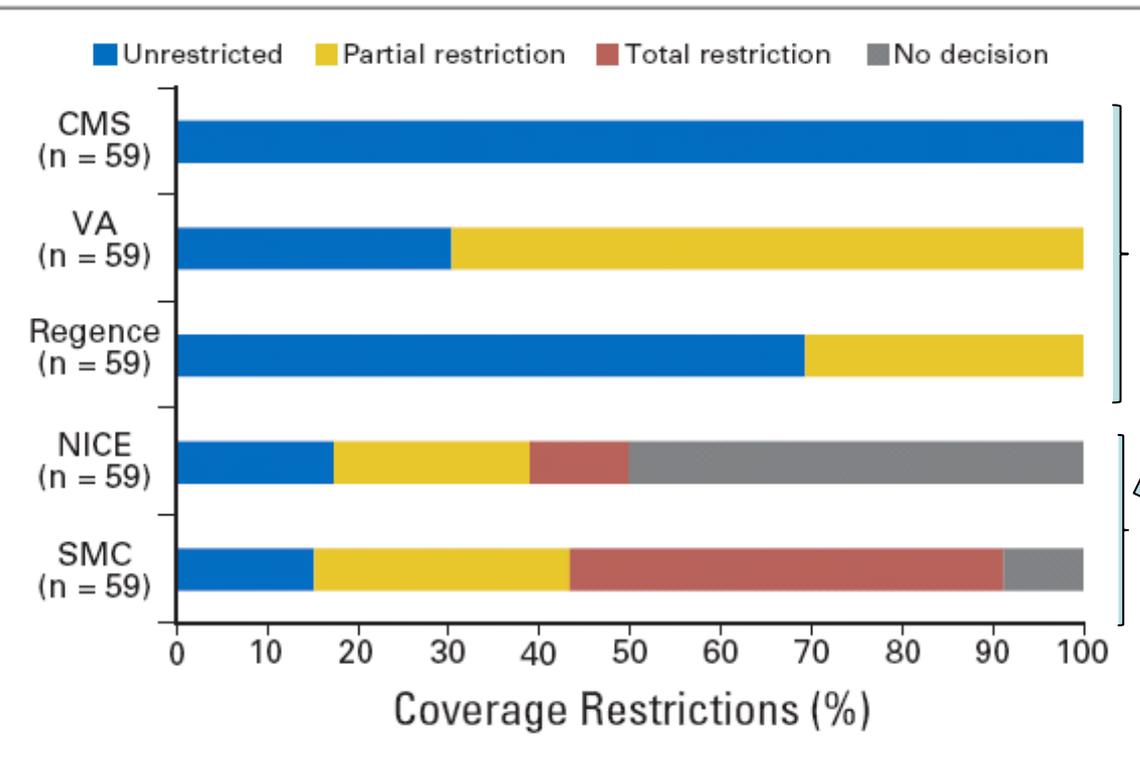
Menos tiempo para el ingreso

Fig 2. Time to coverage from license date. FDA, US Food and Drug Administration; CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services; VA, Veterans' Affairs; NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence; EMEA, European Medicines Agency; STA, Single Technology Appraisal; MTA, Multiple Technology Appraisal; SMC, Scottish Medicines Consortium.

Que efecto tiene la inclusión de esta cuarta barrera?

Comparison of Anticancer Drug Coverage Decisions in the United States and United Kingdom: Does the Evidence Support the Rhetoric?

Anne Mason, Michael Drummond, Scott Ramsey, Jonathan Campbell, and Dennis Raisch



EEUU
vs
Europa
("sin-ETS" vs "con-ETS")
Menos restricciones

Fig 3. Coverage restrictions for eligible anticancer drugs, US Food and Drug Administration (FDA) approved 2004 to 2008. During the study period, the FDA approved 59 anticancer drugs, of which 46 were licensed in Europe and so eligible for United Kingdom (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] and Scottish Medicines Consortium [SMC]) coverage decisions. CMS, Centers for Medicare and Medicaid Services; VA, Veterans' Affairs.

Costo de bolsillo que deben pagar los pacientes para diferentes tratamientos oncológicos UK vs EEUU

Drug	U.K. National Health Service ^a			U.S. Medicare Part D ^c			U.S. Estimated Retail Price ^d		
	3 months	6 months	12 months	3 months	6 months	12 months	3 months	6 months	12 months
Alimta (pemetrexed disodium); 2 × 500-mg inj/mo ^e	\$0	\$0	\$0	\$4,931	\$5,820	\$7,598	\$16,668	\$33,336	\$66,671
Avastin (bevacizumab); 14 × 4-ml (100 mg) inj/mo ^e	\$16,409	\$32,817	\$65,635	\$5,284	\$6,608	\$9,256	\$25,988	\$51,975	\$103,950
Erbitux (cetuximab) 20 × 100-mg inj/mo ^e	\$15,361	\$30,723	\$61,445	\$5,583	\$7,206	\$10,453	\$32,040	\$64,080	\$128,160
Gleevec (imatinib mesylate); 30 × 400-mg tab/mo	\$0	\$0	\$0	\$4,723	\$5,404	\$6,766	\$12,538	\$25,076	\$50,151
Herceptin (trastuzumab); ^e 2 × 440-mg inj/mo	\$0	\$0	\$0	\$5,014	\$5,985	\$7,929	\$17,834	\$35,668	\$71,336

Expensive Cancer Drugs: A Comparison between the United States and the United Kingdom

RUTH R. FADEN, KALIPSO CHALKIDOU, JOHN APPLEBY, HUGH R. WATERS, and JONATHAN P. LEIDER

62% de todas las bancarrotas en EEUU son el resultado de gastos por cuidados médicos (Himmelstein – Am J Med 2009)

El 90% de los datos de hoy fueron generados en los últimos dos años

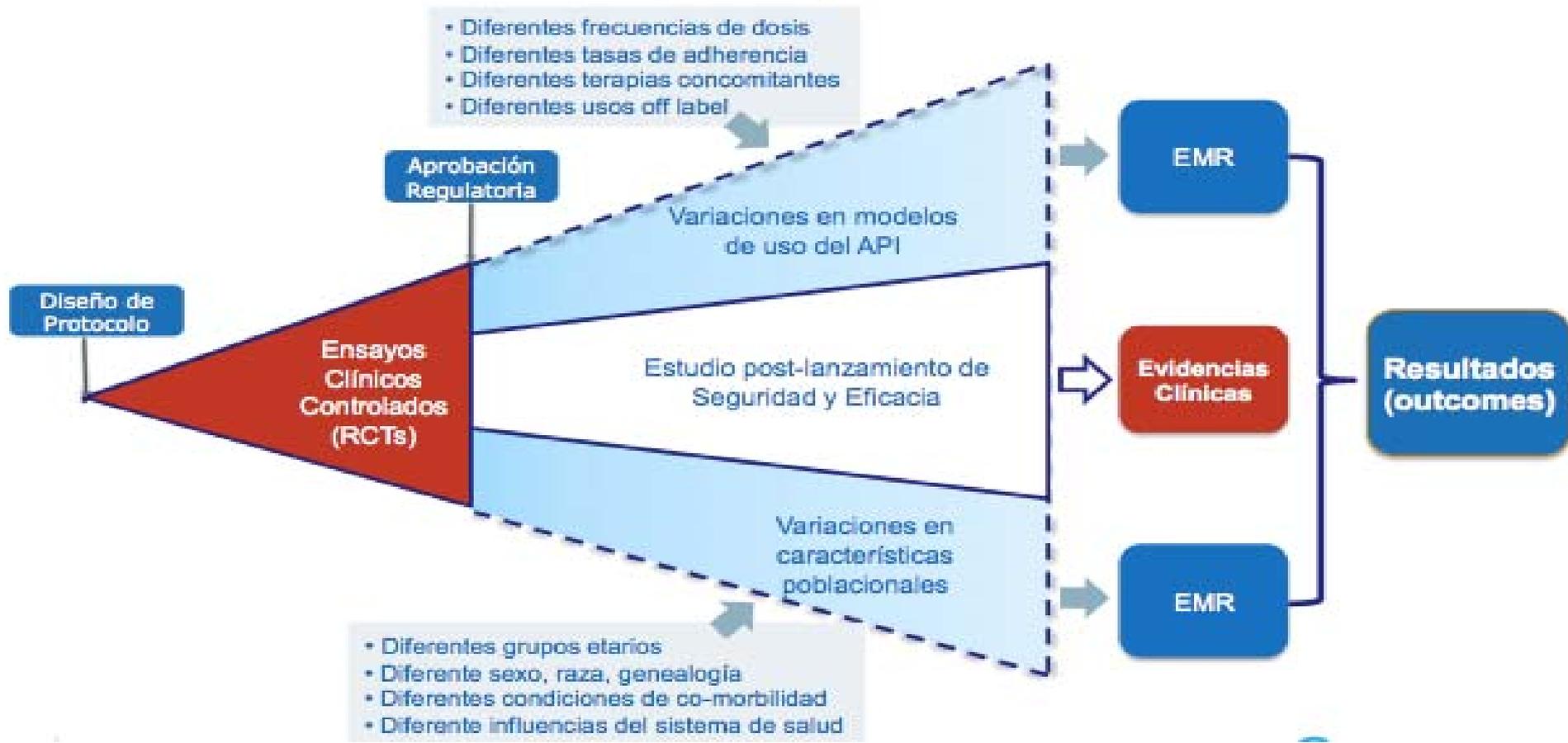
In 2014 the amount of information stored worldwide exceeded 5 ZetaBytes

En **2020** La cantidad total de datos guardados se espera que sea



Zettabyte = 35,000,000,000,000,000,000 bytes

El análisis de DMR (RWE)



El costo por QALY no es el único factor

- En el año 2008, luego de una profunda evaluación, el NICE recomienda no dar cobertura a 4 nuevas drogas para el cáncer renal: sunitinib, sorafenib, bevacizumab y temsirolimus
- El principal motivo era que las drogas no eran costo-efectivas (Sunitinib £71,462/QALY, Bevacizumab £171,301/QALY, Temsirolimus £94,385/QALY)
- La decisión causó un gran impacto ya que estas drogas estaban disponibles en otros países para pacientes en quienes no hay otros tratamientos posibles

Otros factores que son considerados

- Ausencia de tratamientos alternativos.
- Gravedad de la condición.
- Posibilidad de pago de bolsillo.
- Impacto financiero total para el gobierno.
- Equidad.

Pacientes: sienten que en muchos casos el acceso al tratamiento está restringido

Productores: encuentran que los financiadores se resisten a pagar por los nuevos tratamientos desarrollados

Financiadores: consideran que en la mayor parte de los casos no se justifica pagar el alto costo de estos medicamentos (al menos en base a los criterios actuales de valor por dinero). Pero enfrentan problemas políticos si no proveen financiamiento.



“Tómelos ahora hasta que aparezcan los nuevos estudios que dirán que realmente no son tan efectivos”

La adopción de nuevas tecnologías puede contribuir indudablemente a una mejora en la calidad de la atención



“Adaptive approaches” en ETS:

- coverage or access with evidence development
- product listing agreements
- risk-sharing agreement
- managed entry agreements

El objetivo es lograr que los pacientes puedan tener un acceso más rápido a tecnologías promisorias al mismo tiempo que se genera evidencia para reducir la incertidumbre respecto a:

- La utilidad clínica
- La costo-efectividad
- Las tasas de utilización
- El impacto presupuestario
- El uso apropiado



ISALUD
1991-2016

LEADING ARTICLE

Pharmacoeconomics 2010; 28 (2): 93-102
1170-7690/10/0002-0093/\$49.95/0

© 2010 Adis Data Information BV. All rights reserved.

Can't Get No Satisfaction? Will Pay for Performance Help?

Toward an Economic Framework for Understanding Performance-Based Risk-Sharing Agreements for

Esquemas de Riesgo Compartido / "Risk Sharing / Pay for Performance"

Eur J Health Econ 2006 · 7:155–157
DOI 10.1007/s10198-006-0386-6
Published online: 16. August 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

Gérard de Pouvourville^{1,2}

¹ Centre de Reserche en Economie et Gestion, Hôpital de Bicêtre, Le Kremlin Bicêtre
² Centre de Reserche en Economie et Gestion, Hôpital de Bicêtre, Pavillion de la Force, Le Kremlin Bicêtre

***Risk-sharing agreements
for innovative drugs***

A new solution to old problems?

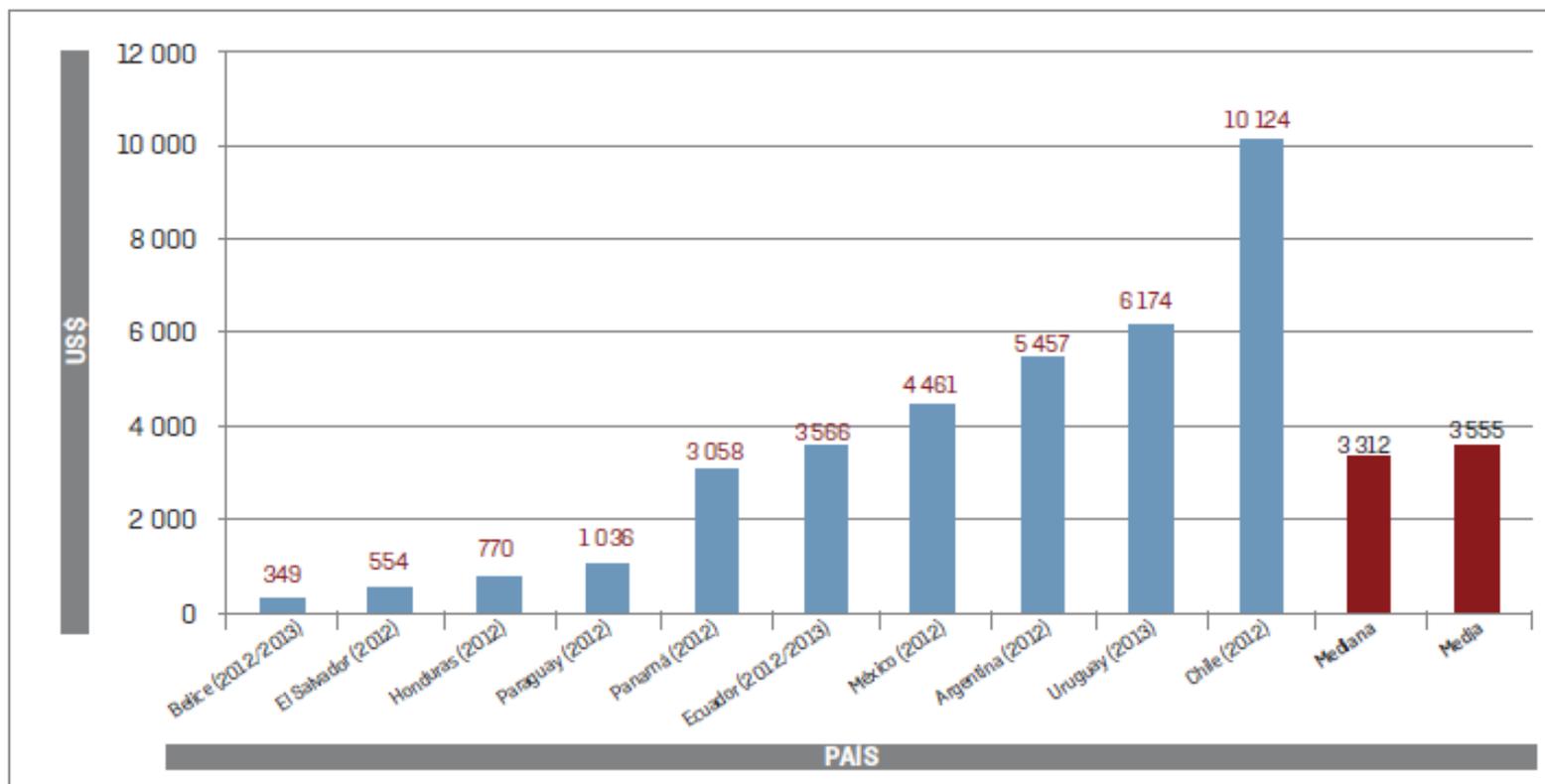


El futuro del sistema de salud depende de usar los recursos limitados inteligentemente

“At *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center*, we recently made a decision that should have been a no-brainer: we are not going to give a phenomenally expensive new cancer drug to our patients. The drug, Zaltrap™, has proved to be no netter than a similar medicine we already have for advanced colorectal cancer, while its price – at \$11,063 on average for a month of treatment – is more than twice as high. If no one else act, leading cancer centers and other research hospitals should.”

New York Times (October 14, 2012: In Cancer Care, Cost Matters)

Desproporción de costos (VIH)



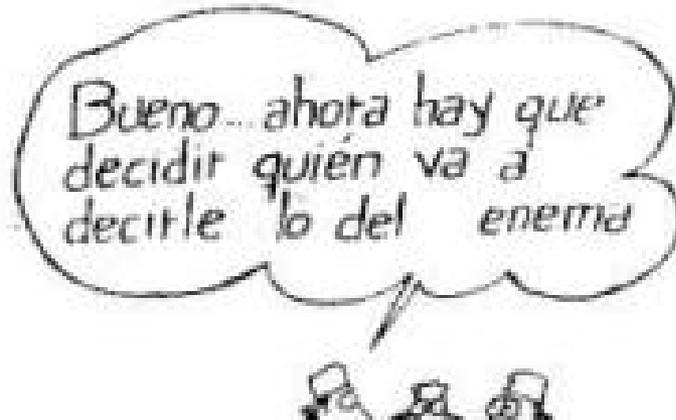
La diferenciación de precios entre los países tiene implicancias para el acceso, la innovación y la asequibilidad

- Muchos países toman **precios de referencia** de medicamentos de otros países para avalar las políticas y negociación de pricing a nivel local. Luego desarrollan esquemas que permiten obtener **descuentos confidenciales**
- Los economistas de la salud sugieren que la **diferenciación de precios** de medicamentos entre países podría mejorar la eficiencia global y promover un nivel óptimo de innovación
- Las **políticas de gobierno** para definir los precios debería basarse en:
 - **Capacidad** de pago
 - **Voluntad** de pago (discriminación de precios relacionada a la **elasticidad de la demanda - EPD**)
 - Situación económica

Decisiones difíciles



ISALUD
1991-2016



COMO DECIR NO ETICA Y POLITICAMENTE?

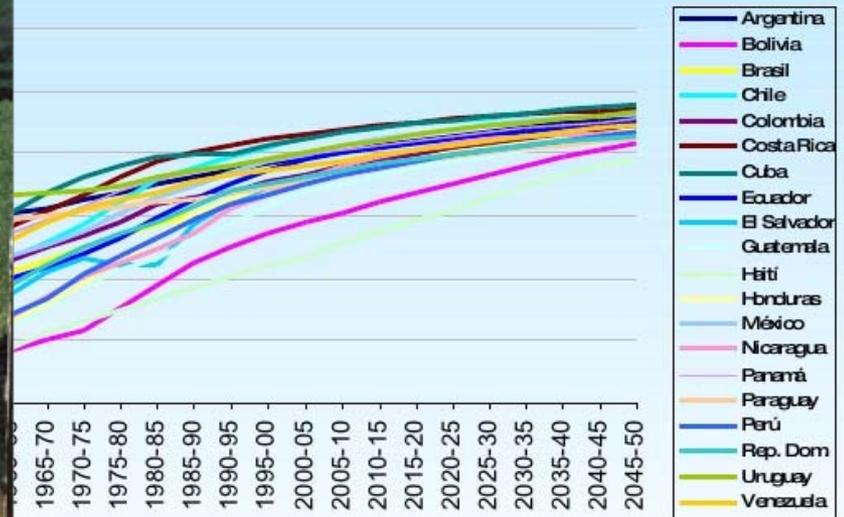




Conclusiones

PARA EL QUINQUENIO 2045-2050 SE PREVÉ QUE LA ESPERANZA DE VIDA PROMEDIO SERÁ DE CASI 80 AÑOS

AMÉRICA LATINA: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR PAÍSES 1950-2050



fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones de poblaciones de América Latina y el Caribe actualizadas en julio del 2007, Santiago de Chile [en línea] www.eclac.cl/proyecciones/basedatos_BCI.html

Esperanza de vida
1960: 52,4
2014: 71,2



La tecnología médica ha dado grandes ganancias en salud

- Los adelantos tecnológicos están poniendo a prueba la efectividad y eficiencia de los Sistemas Nacionales de Salud
- Los medicamentos, los dispositivos médicos y las tecnologías de información y comunicación desafían, de forma constante, los objetivos de la salud global.

“Antes, cuando la religión era fuerte y la ciencia era débil, el hombre confundía la magia con la medicina; ahora que la religión es débil y la ciencia fuerte, el hombre confunde a la medicina con la magia”

Thomas Szasz

¿Por qué hacer evaluación económica en salud?

“Estamos en una situación afortunada aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar....

La decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente la decisión implícita de negárselos a otro”



(Allan Williams, 1988)

Decisiones políticas basadas en ETS

- Mejoran la calidad de la atención sanitaria
- Consideran las verdaderas innovaciones terapéuticas
- Aumenta la eficiencia de los gastos
- Amplia el acceso a tecnologías eficaces, seguras, costo efectivas y formen parte del derecho a la salud
- Promueve el uso racional de las tecnologías

La Política pública no es solo evidencia



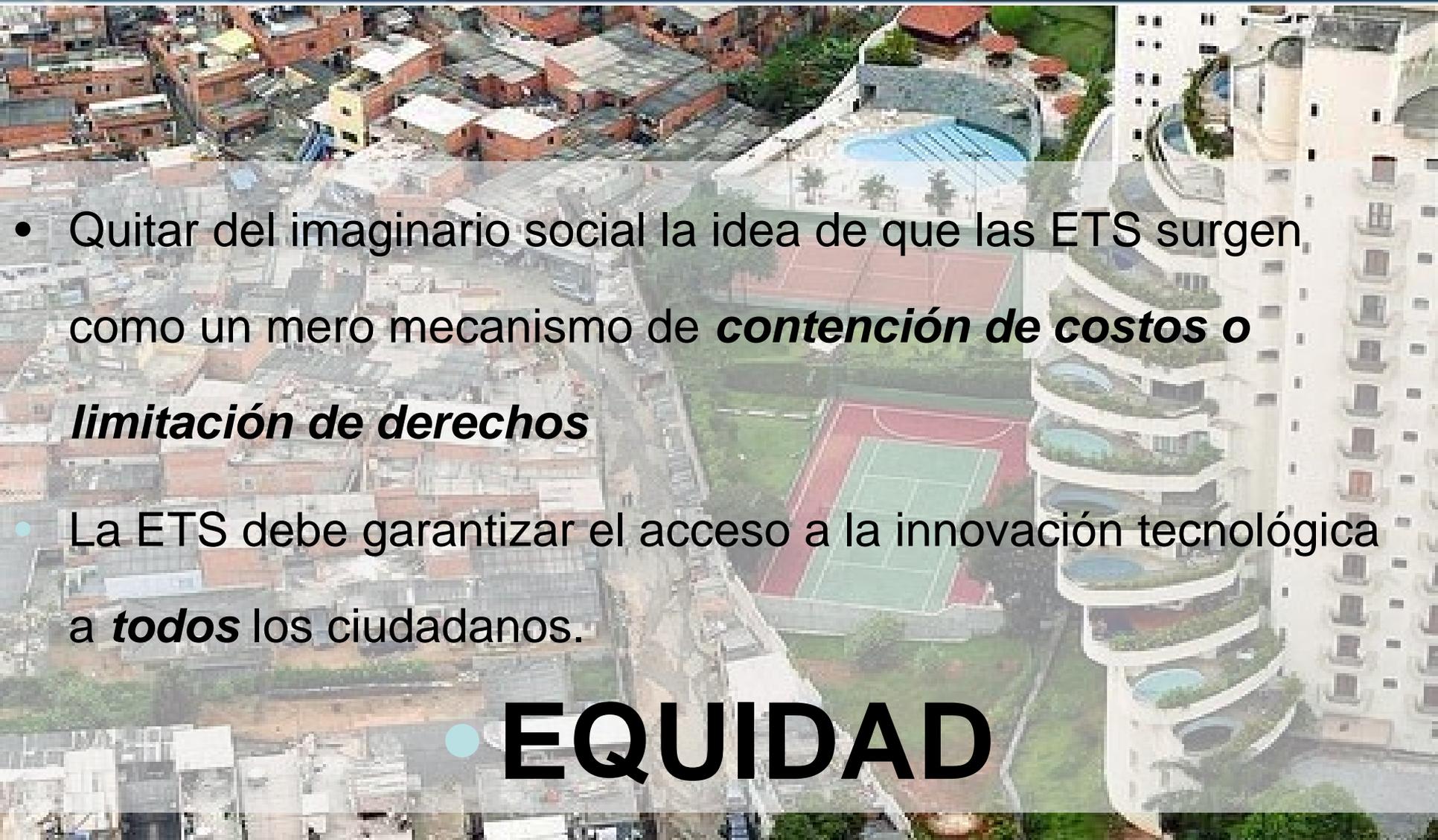
Las evaluaciones económicas deberían existir en el marco de otras políticas de estado

- Fijación de Precios de Referencia, basados en “clustering” o comparaciones internacionales racionales (PBI per cápita, aspectos epidemiológicos específicos)
- Sustitución por genéricos / biosimilares
- Evaluaciones de impacto presupuestario / Restricciones presupuestarias
- Incentivos para la prescripción costo-efectiva
- Co-pagos

Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud

Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud

- Para alcanzar CUS , los países deben moverse en 2 dimensiones:
 1. Definir los **servicios realmente prioritarios**
 2. Hacer que **alcanzen a todos.**
- Enfrentar una decisión crítica:
 1. **Que servicios expandir primero?** y **ética:** que incluir en primer termino?
- Y hay una **decision inaceptable** : extender la cobertura de servicios de mediana o baja prioridad antes de alcanzar cobertura universal para los servicios de alta prioridad.

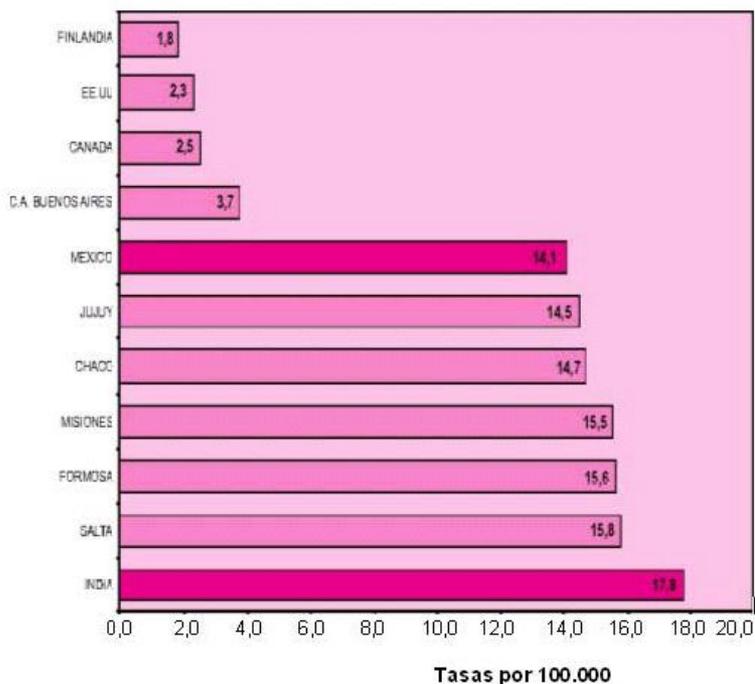


- Quitar del imaginario social la idea de que las ETS surgen como un mero mecanismo de **contención de costos o limitación de derechos**
- La ETS debe garantizar el acceso a la innovación tecnológica a **todos** los ciudadanos.

• **EQUIDAD**

El principio de **COSTO-EFECTIVIDAD** para asignar recursos colectivos como principio “moral” conjuntamente con otros identificados como relevantes por la sociedad

Tasa de mortalidad estandarizada por edad, por cáncer de cuello de útero. Jurisdicciones argentinas y países seleccionados⁽³⁾



- Terminar con la doble **INMORALIDAD**:
 1. Del *despilfarro* de recursos escasos
 2. Y que el *lugar de nacimiento determine el futuro de vida y el tiempo de la muerte* de un latinoamericano



La ciencia y la técnica, al servicio de los intereses de poder, conducirán al mundo a formas sociales de dominación absoluta, a instituciones opresoras a las que nada quedará al margen, de las que nadie escapará.

(Aldous Huxley)

rector@isalud.edu.ar