

TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:

**GESTIÓN EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS
PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DE LA
SALUD. EVIDENCIA DEL USO DE INSULINA
GLARGINA Y ERTAPENEM EN LATINOAMÉRICA**

Presentado por Claudia Vaca. Febrero 25, 2019

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/es/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2017 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObras-Derivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



GESTIÓN EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DE LA SALUD. EVIDENCIA DEL USO DE INSULINA GLARGINA Y ERTAPENEM EN LATINOAMÉRICA

Febrero 25, 2019

Presentado por **Claudia Vaca**

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

GESTIÓN EFICIENTE DE LOS MEDICAMENTOS

PARA MEJORAR LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Claudia Vaca. Profesora Universidad Nacional de Colombia.
Directora Proyecto DIME.
Miembro del Comité de Expertos de Farmacovigilancia de la OMS.
Magíster en Farmacoepidemiología-Universidad Autónoma de Barcelona.
Magíster en efectividad clínica y sanitaria-Universidad de Buenos Aires-IECS.



Escuela de Pensamiento  CENTRO DE PENSAMIENTO

Medicamentos, Información y Poder



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

1

INTRODUCCIÓN

Minuto 00:04:28

Esta es una de las actividades de complemento, de coordinación y de colaboración entre Red Critería, que es una de las iniciativas más interesantes en materia de políticas públicas en salud y la iniciativa DIME. DIME es el acrónimo de un bien público regional, en el que participan países de América Latina, que quiere decir “Decisiones Informadas de Medicamentos de Alto Impacto Financiero”. Esta es una iniciativa que ha sido financiada por recursos no reembolsables del BID a través de convocatorias competitivas y por méritos, que se hacen anualmente. Consiste de una plataforma de información y una comunidad de práctica que trabaja junta para disponer información al público y a los tomadores de decisión para hacer más eficiente el gasto de los medicamentos.

- ❑ Uso de la información DIME. Apartado “Gasto farmacéutico y uso de medicamentos: Una dosis de sentido común”, Capítulo 8 “Un gasto eficiente para vidas más sanas”:
 - ❑ Políticas para promover la eficiencia en el gasto farmacéutico en Países DIME
 - ❑ Información y resúmenes de política pública para ertapenem y para la insulina glargina



2

INTRODUCCIÓN

Minuto 00:05:25

En realidad, lo que voy a hacer es una reseña del capítulo 8 de este libro que ustedes ven ahí, que fue recientemente publicado por el BID. Tiene diferentes editores. El capítulo 8 se trata de los temas de eficiencia en el gasto en salud. Y tiene un apartado específico asociado al gasto farmacéutico y uso de medicamentos. La definición con la que se titula ese apartado es “Gasto farmacéutico y uso de medicamentos: una dosis de sentido común”. Tal vez es un llamado a la reseña que voy a hacer.

Tal vez voy a introducir algunos otros datos de otras publicaciones pero, en principio, me voy a concentrar en esta reseña. El trabajo que hay detrás de este capítulo del libro proviene de información de la plataforma DIME, que los diferentes países han dispuesto y han analizado. Es una comunidad de práctica de expertos. Así que yo no voy a ser sino una trasmisora del procesamiento de una información que se convierte en conocimiento para soportar la toma de decisiones y esperamos que con los mensajes eso permita, no sé si motivar decisiones a nivel gubernamental, pero sí en el ámbito institucional, del aseguramiento y de las entidades que están enfrentando grandes retos del gasto que vemos.

Hay un trabajo específico que hicieron los países participantes en el proyecto DIME y eran unos resúmenes de política pública en temas que fueran muy interesantes para algunos de los medicamentos que se observaron. Estos dos casos son los que voy a exponer hoy. Un caso es asociado a un antibiótico que se llama Ertapenem y el otro es una reciente innovación tecnológica que es la insulina glargina, que es parte del paquete de modificaciones tecnológicas que se han hecho, no es la insulina clásica, sino se conocen como insulinas análogas.

Contenido

- Un gasto eficiente **para vidas más sanas: mirada macro.**
- **Política farmacéutica para la sostenibilidad (...y para los resultados en salud): mirada micro.**
- **Casos: insulina glargina y ertapenem.**

3

CONTENIDO

(Minuto 00:07:44)

La agenda que voy a seguir es la que sigue. No es otra cosa que los mismos contenidos del capítulo del cual estoy hablando. Primero haré una pequeña revisión de lo que se entiende como gasto eficiente en los sistemas de salud, que se denomina gasto para una vida más sana, y después una mirada macro para ver cómo se mira macro y cuáles son las funciones metodológicas para esta mirada macro de lo que se entiende como gasto eficiente.

En eso también quisiera hacer un reconocimiento a Diana Pinto y a Gianluca Cafagna que además de recibir a esta información que producimos los miembros del proyecto, ellos hicieron unas revisiones adicionales que permiten presentar posteriormente lo que dominaré la política farmacéutica para la sostenibilidad y “de mi cosecha” para los resultados en salud. Esta es una mirada micro y tendría que estar siempre alienada con esta mirada macro, para finalmente pasar a los datos de los casos en particular.

EL ADN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

¿ **Cuáles** son las **características** que determinan la **eficiencia**?

¿Cómo se explican las **diferencias de eficiencia** entre distintos países?

5

EL ADN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

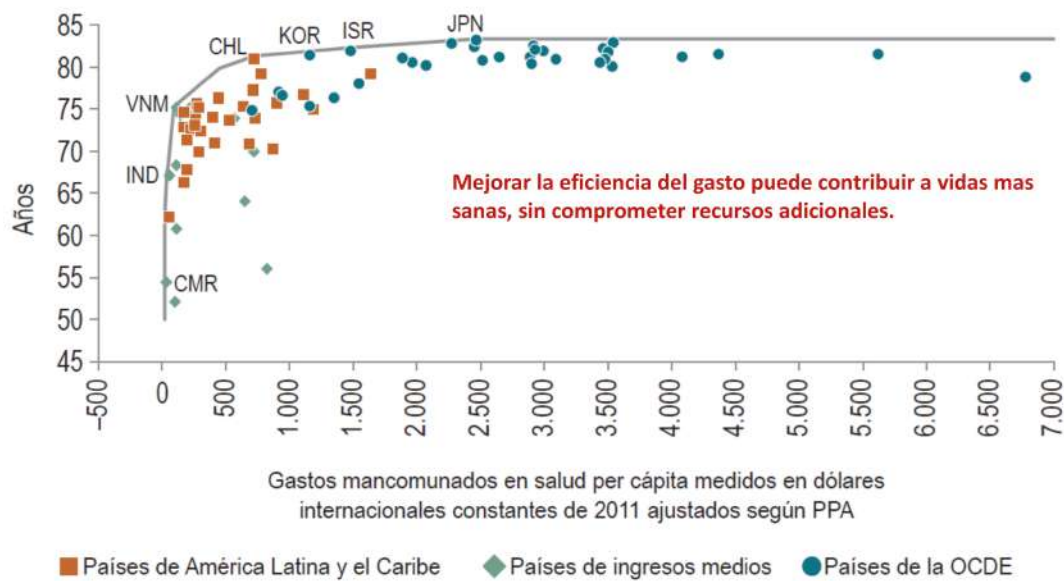
(Minuto 00:08:50)

Empecemos con la mirada macro. El documento editado por el BID tiene una compilación y una aproximación que puede ser muy útil para quienes trabajamos en políticas públicas o evaluando impactos de políticas públicas desde lo técnico académico. Y es: ¿qué se entiende por el ADN de los sistemas de salud? Ellos lo resumen con dos preguntas grandes que me parece muy interesantes para que todos los tengamos presentes y siempre atrás en la parte del cerebro cuando estamos discutiendo políticas públicas en materia de salud. La primera es: ¿Qué determina la eficiencia en un sistema de salud? ¿Cuáles son las características o variables, diría yo, que determinan la eficiencia? Y la segunda pregunta es: ¿Cómo se explicarían las diferencias de eficiencias entre los diferentes países?

- Un gasto eficiente para vidas más sanas: mirada macro.

4

Gráfico 8.4 Frontera de eficiencia estimada para la esperanza de vida al nacer



MIRADA MACRO: FRONTERA DE EFICIENCIA ESTIMADA PARA LA ESPERANZA DE VIDA

(Minuto 00:09:43)

El libro presenta un gráfico detrás del cual hay una aproximación metodológica, que creo que en si misma es valiosa y da un aporte académico bastante valioso para quienes trabajamos este tema. Para ver esta gráfica, que se titula “Frontera de eficiencia estimada para la esperanza de vida al nacer”, se utiliza una aproximación que por sus siglas en ingles es DEA, Análisis Envolvente de Datos, que intenta medir el desempeño y la eficiencia de los sistemas de salud a través de ocho productos agrupados en tres categorías. Hay quienes consideran que es una mirada reduccionista pero en todo caso incorpora tres categorías que para las diferentes perspectivas y miradas de los sistemas de salud pueden ser útiles. La primera son los propios resultados en salud. A nivel global los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) aceptan que la esperanza de vida al nacer y la esperanza de vida de las personas que están envejeciendo – mayores de 60 años – la mortalidad de los menores de cinco años y los años ajustados por discapacidad pueden ser una medida interesante e importante de los resultados en salud. La segunda categoría grande es el acceso a los servicios. También hay un acuerdo global de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que están asociados al acceso y a la cobertura en vacunaciones. Específicamente si pudiéramos tomar datos de las casa de inmunización de la triple viral o la atención especializada durante el parto, pudiéramos estar recogiendo la eficiencia de un sistema de salud en términos de acceso.

Y finalmente está la equidad en el acceso de los servicios que intenta recoger información de tasas de atención especializada durante el parto rural versus un parto urbano o el acceso a la atención especializada cuando se requiere de las personas más ricas o más pobres.

Hay muchas discusiones sobre estas medidas de eficiencia pero al final lo que intenta esta metodología de análisis agregada de datos es tener un compilado de la eficiencia en términos de resultados en salud, acceso a los servicios y de equidad. Y, si ustedes ven en el eje de la Y, compila todo esto en términos de esperanza de vida y abajo ven el gasto. El principal insumo para la modelación del gasto es el gasto mancomunado, lo que se considera como los recursos públicos mancomunados en salud per cápita, porque es mucho mejor la representación que simplemente el gasto total en salud. Es per cápita y se trata de la mancomunación de recursos

para empujar los Objetivos de Desarrollo Sostenible asociados a la cobertura universal y el progreso del cumplimiento de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En el marco de esta metodología de Análisis Envolvente de Datos, los datos mancomunados, que son un elemento esencial de los diferentes escenarios que se consideran, se indica que hay recursos destinados para proteger el riesgo financiero de las personas y al acceso efectivo de la población a los servicios de salud. Por lo tanto se considera que los países en la frontera – ahí está la frontera que se construye con este análisis envolvente de datos – son más eficientes para un nivel específico de gasto en salud.

Los cuadros marrones representan los países de la región de las Américas y las bolitas azules representan a los países de la OECD. Lo que en realidad está mostrando la gráfica es que 22 de los 27 países de América Latina y el Caribe se sitúan en la mitad inferior de las clasificaciones de eficiencia promedio. Arriba estarían Corea, Israel, Japón y todos los países de la OECD. Es un punto ineficiente el de la esquina superior de la derecha pero la mayoría de los países están alrededor de Japón, digamos.

Pero el mensaje que transmite el capítulo – y aquí terminaría con esta mirada macro y con el ejercicio que el BID hizo precisamente con este documento – es mejorar la eficiencia en el gasto para construir vidas más sanas en América Latina. Hace cuenta que en términos de años de vida y expectativa de la vida no estamos por fuera de los rangos superiores. Y eso pudiera significar no comprometer recursos adicionales. Cuando dicen que pueden tener mejores resultados en salud y en equidad y no tienen que comprometer recursos adicionales, significa que tienen que hacer esfuerzos muy grandes en la política pública para la eficiencia.

- Política farmacéutica para la sostenibilidad (...y para los resultados en salud): mirada micro.

7

MIRADA MICRO

(Minuto 00:14:48)

Y ahí aparecen las políticas de medicamentos. Las políticas de medicamentos son, tal vez, el instrumento común más recomendado para garantizar la eficiencia en el gasto. No importa de qué sistema de salud estemos hablando, si es un sistema único de salud, un sistema de aseguramiento privado con un componente de mercado fuerte o un sistema mixto de aseguramiento público-privado y algunos componentes de sistema único de salud. No importa el modelo de salud del cual estemos hablando, es indispensable contar con políticas de medicamentos, dado el peso que tienen los medicamentos en el gasto de salud. Y esto está suficientemente documentado. En el libro van a encontrar algunas referencias de la Organización Mundial de la Salud asociadas a las estimaciones del despilfarro de recursos en la atención sanitaria. Se habla del 20% al 40% y cuando vamos a mirar este porcentaje tan alto de desperdicio de recursos, de despilfarro, de gasto ineficiente, de uso irracional de recursos, tendríamos, de todas maneras, siempre que hablar de medicamentos dado la intensidad del uso de esta intervención terapéutica como una de las más comunes en la prestación de los servicios.

Principales fuentes de ineficiencia

Insumo del sistema de salud	Fuente de ineficiencia técnica (no utilizar el mínimo de insumos para un nivel de producto)
Personal sanitario	Combinación inadecuada o costosa
Medicamentos	Precios superiores a lo necesario Subutilización de medicamentos genéricos Uso irracional de los medicamentos Medicamentos de baja calidad o falsificados
Productos y servicios sanitarios	Sobreutilización de procedimientos, pruebas y equipos
Servicios de atención sanitaria	Calidad asistencial subóptima y errores médicos Tamaño inadecuado de hospitales Admisión hospitalaria o duración de la estancia inadecuada
Recursos financieros	Desvíos del sistema de salud: corrupción y fraude

4 de las 10 fuentes

Fuente: Elaboración propia, adaptada de Chisholm et al. (2010).

9

PRINCIPALES FUENTES DE INEFICIENCIA

(Minuto 00:16:07)

El documento identifica, a partir de algunos autores como Chisholm y otros de la década del inicio de la primer parte de este siglo, que las principales fuentes de ineficiencia son de diferente tipo. Pueden ser asociados al personal sanitario cuando se tiene una combinación inadecuada y costosa de especialistas o de prestadores de servicios de salud. También está la sobreutilización de procedimientos, pruebas y equipos. Este es un tema que se está discutiendo mucho en la literatura, en especial desde Inglaterra, los temas relacionados son el sobrediagnóstico y el sobreuso de estrategias, por ejemplo, o de pruebas diagnósticas innecesarias. La calidad asistencial inadecuada es otro aspecto, así como los errores en los sistemas médicos y los procesos de hospitalización inadecuados. Pero quise resaltar, en un recuadro grande en esta revisión que se realiza, que dentro de las fuentes de ineficiencia se encuentran los medicamentos y las tecnologías en salud. Cuatro de las diez fuentes de ineficiencia, identificados por estos autores, tiene que ver con la gestión inadecuada de los medicamentos y las tecnologías sanitarias, por ejemplo, precios superiores a lo necesario, el no aprovechar la competencia en el mercado, es decir la subutilización de medicamentos genéricos. También está el el uso irracional de medicamentos

que comporta un paquete gigante de medidas o de comportamientos que no han sido suficientemente estudiados pero tampoco suficientemente usados por los gobiernos para incrustar políticas públicas. Y hay otro problema, que tienen sobre todo los países de bajos y muy bajos ingresos, con infraestructura de salud muy débil o muy pobres en términos de infraestructura sanitaria, que tiene que ver con los medicamentos de baja calidad. En algunos de los países de América Latina este asunto de los medicamentos falsificados o de baja calidad es marginal en función de la fortaleza y consolidación de las agencias sanitarias en un sistema de vigilancia sanitaria adecuado.

Gasto Farmacéutico y uso de medicamentos: una dosis de sentido común

- ✓ En los países de la OCDE, **uno de cada cinco dólares destinados a salud se gasta en medicamentos.** (Belloni et al., 2016).
- ✓ En **América Latina el gasto farmacéutico ha aumentado en torno al 12% anual de 2013 a 2017, cuatro veces más rápido que en América del Norte y seis veces más rápido que en Europa.** (Global Health Intelligence, 2015).

10


GASTO FARMACÉUTICO Y USO DE MEDICAMENTOS

(Minuto 00:18:27)

Para la revisión sobre el sentido común que tendríamos que ponerle a esto, lo primero que tendríamos que tener en cuenta es cuál es la proporción del gasto en medicamentos dentro del gasto en salud. Los países de la OECD establecen que por lo menos uno de cada cinco dólares destinados a salud se gastan en medicamentos. En América Latina esta proporción puede ser muchísimo mayor. Y en algunos casos subestimar o infraestimar es debido a la ausencia del registro del gasto público y privado en medicamentos, para valorar con suficiencia cuál es la proporción real en el gasto de medicamentos. Pero el rango en América Latina colinda entre el 20% hasta el 60% del gasto en medicamentos dependiendo del sistema de salud y del ámbito del que estemos hablando.

Lo que sí es cierto y eso es una cifra que se asume como el alarma más importante para la gestión del gasto en medicamentos en América Latina y los países emergentes, es que el gasto farmacéutico tiene la tasa de crecimiento más acelerada. La pendiente más fuerte del aumento de gasto está concentrado en medicamentos y en tecnologías en salud. Estamos hablando de

que ha crecido entorno al 12% anual, mientras que economías como América del Norte o Europa tienen entre cuatro y seis veces menos velocidad de crecimiento. Somos una región que genera una importancia en el mercado farmacéutico por la expansión de los mercados y el crecimiento económico por el crecimiento de la clase media, pero también por la potencialidad de crecimiento y consolidación de sus sistemas de salud. Somos un foco de presión, en la literatura ahora se conoce como presión tecnológica, un término que se usa en el Centro de Pensamiento y por las personas que hemos trabajado en políticas de medicamentos en Colombia.



Fuente para analizar políticas farmacéuticas

Causa de la ineficiencia	Política	Países							
		Costa		El			República		
		Chile	Colombia	Rica	Ecuador	Salvador	México	Perú	Dominicana
Precios más altos de lo necesario	Regulación de precios	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No
	Mecanismos de negociación/compras centralizadas	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
	Base de datos del gobierno para consultas de precios	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos DIME.
 Nota: Las causas de ineficiencia "precios más altos de lo necesario" y "subutilización de genéricos" se dividen en dos subcategorías separadas.

FUENTE PARA ANALIZAR POLÍTICAS FARMACÉUTICAS

(Minuto 00:20:27)

Entonces en el análisis de la información de los avances de América Latina en la regulación y en la sugerencia y formulación de políticas de medicamentos, provenientes de la plataforma DIME, encontramos que, tomando en cuenta esa tipología de fuentes de ineficiencias y cuáles son las políticas o intervenciones que se han revisado, hay una diversidad muy grande y que hay una oportunidad gigante de decisión e impulsos de intervenciones de esta naturaleza en nuestros países. Por ejemplo, uno de los precios más altos de lo necesario requeriría diferentes tipos de

intervenciones: regulación de precios, mecanismos de negociación centralizada, bases de datos de consulta para mirar y compararse para tomar decisiones mucho más informadas sobre el asunto. Tomemos en cuenta que en la región tenemos desarrollos en la materia, en especial regulación de precios un poco menos instauradas en lo que se refiere a bases de datos. Ya voy a contar con un poco más de detalle sobre los hallazgos los estudios. Tenemos un espacio de gestión. En su utilización de incentivos para la producción y el registro de medicamentos genéricos lo estamos usando de una manera muy diferenciada y tenemos unas oportunidades gigantes de gestión para promover la producción, el uso y la cobertura de los pacientes que requieran medicamentos con medicamentos genéricos, que en principio, siguiendo las normas del mercado, tendrían unos costos más bajos que los medicamentos que están en condición de monopolio.

D I M E **Fuentes para analizar políticas farmacéuticas**

Causa de la ineficiencia	Política	Países							
		Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	México	Perú	República Dominicana
Uso irracional	Incentivos para prescripción racional	No	No	No	No	No	No	No	No
	Mecanismos de detección y notificación de uso no aprobados (<i>off-label</i>)	No	Si	No	No	No	No	No	No
	Uso de Denominación Común Internacional (DCI) para prescribir, etiquetar y comercializar	Si	Si	Si	Si	Si*	Si	Si	Si**

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos DIME.
 * El Salvador no utiliza DCI en la comercialización.
 ** República Dominicana no utiliza DCI para las prescripciones

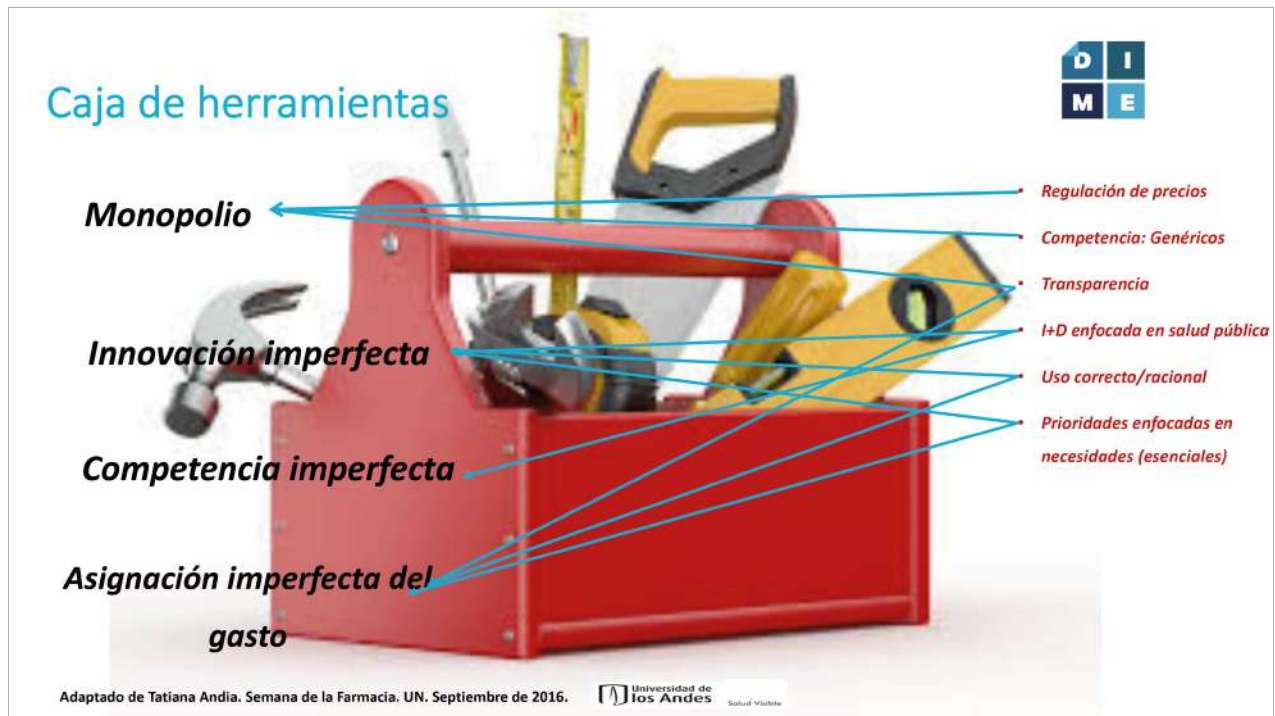
FUENTE PARA ANALIZAR POLÍTICAS FARMACÉUTICAS

(Minuto 00:22:08)

Y finalmente, cuando miramos la plataforma y el análisis de las fuentes de información sobre políticas de medicamentos en América Latina, este componente de uso adecuado y racional de los recursos, que en este caso sería lo contrario al uso irracional, existen algunas de las medidas

que aquí se han puesto por ejemplo incentivos para que los médicos prescriban las alternativas de primera línea en vez de las alternativas de última línea. Estas son muy poco o casi nada desarrolladas en la región, pero han sido instauradas en la mayoría de los países de Europa, en Australia y otras regiones como, tal vez, el elemento más importante para gestionar el gasto farmacéutico. Acuérdense que el gasto total en medicamentos es una función del precio por las cantidades. Y sin las cantidades hay un uso irracional y no hay un sentido para la prestación adecuada de los medicamentos, sino solamente se concentra en los incentivos y en los sesgos asociados al impulso de la promoción farmacéutica, la visita médica o el lanzamiento de las innovaciones farmacéuticas. Estamos perdiendo una oportunidad muy grande en la región. Lo mismo para la detección y la gestión del uso de los medicamentos por fuera de las indicaciones aprobadas. Esto es, digamos, un exabrupto desde el punto de vista sanitario dado los esfuerzos que se han hecho globalmente para consolidar las agencias sanitarias que justamente protejan a la comunidad del uso de medicamentos en indicaciones en las cuales no haya una evidencia suficiente.

Hemos desarrollado fuerte el uso de la Denominación Común Internacional (DCI) de los procesos de prescripción. Tal vez este es el elemento más importante de la gestión de políticas farmacéuticas desde todas las vistas, desde la regulación de precios hasta la prescripción. Pero no existen, en términos generales, incentivos para que estas decisiones tomadas por los países se traduzcan en un menor gasto cuando se trata del momento de la verdadera decisión de la dispensación y de la formulación por parte de los médicos.



CAJA DE HERRAMIENTAS

(Minuto 00:42:21)

Quisiera decirles que cuando uno habla de políticas de medicamentos y de intervenciones regulatorias en realidad lo que se sugiere - y esta es una recomendación de los teóricos en la materia de autores que han trabajado con muchos de estos asuntos – es que se cuente con una caja de herramientas de la regulación o de la política de medicamentos, que reconozca las múltiples distorsiones que tiene el mercado farmacéutico. Estos van desde el monopolio, la innovación imperfecta hasta la entrada de medicamentos que no aportan al final terapéutico de una manera adecuada y que además estamos gastando inmensos recursos en medicamentos de altísimo precio que no generan aportes reales en términos de calidad de vida o de aumento de expectativa de vida. Pero aún más estamos introduciendo el concepto de una innovación, en el sentido de que en la mayoría de los medicamentos nuevos que entran al mercado en realidad se trata de modificaciones menores a los medicamentos que ya se habían considerado desde antes. Está también el tema de la competencia imperfecta que está suficientemente reconocido desde el entendimiento de las características del mercado de la salud y particularmente del mercado farmacéutico. Y hay un asunto que tiene que ver con la asignación imperfecta del

gasto. ¿En qué se gasta el dinero público y cómo se determina la asignación de este gasto desde los gobiernos?

Y a la derecha van a ver las diferentes medidas regulatorias que pudieran resolver estas distorsiones. En el caso de los medicamentos en condición de monopolio sea por patente o por marca, la marca también genera una distorsión en la forma de la competencia en el mercado farmacéutico y genera competencia monopolística y monopolios que hacen ineficiente el mercado. La regulación de precios en estos casos puede ser una calidad adecuada. La promoción de políticas de genéricos agresiva, determinante, no solamente de una decisión de una política pública y una voluntad política desde los gobiernos, sino también desde la población, la ciudadanía y los médicos de una aceptación de que el acceso a medicamentos genéricos o biogénicos - o como se denomina de las versiones genéricas de los biotecnológicos biosimilares-, son también herramientas de regulación y de intervención muy importantes.

Las medidas de transparencia, tal vez aquí, van asociadas a mejorar la eficiencia en el gasto y a reducir las asimetrías derivadas del monopolio. Pero yo diría que la transparencia es un asunto que cruza todas las imperfecciones del mercado farmacéutico y cualquier decisión asociada a hacer pública la información de la estructura de costos, de los gastos, de los precios de los medicamentos, de la forma cómo se hace la publicidad y de la forma cómo se negocian y establecen las regulaciones en un ámbito local en particular. Todas van a introducir reducción de las asimetrías y gestión de un equilibrio con las distorsiones que tiene el mercado farmacéutico.

Y entre todas estas yo quisiera seguir insistiendo en dos a las que les vamos perdiendo la pista y las que pudieran transformar, de una manera contundente, el gasto para hacerlo más eficiente y lograr estas fronteras que nos interesan en términos de salud y eficiencia. Las primeras son todas las medidas asociadas al uso racional de medicamentos y toda la sociedad y todos los que están en salud trabajando en este sentido. La segunda es lo que en la literatura se conoce como los procesos de priorización o la definición de planes de beneficios. Es decir, las definiciones en qué nos vamos a basar y cuáles son aquellos medicamentos que cumplen o que cubren la mayoría de las necesidades de la población y que, además, cumplen con los criterios de costo-eficiencia, es decir que realmente va generando una transformación en términos de resultados en salud. Estamos perdiendo este foco, quiero decirlo, porque nos dejamos a rebasar del concepto de medicamentos esenciales. Cuando aceptamos que no todos los medicamentos que están en el mercado van a cumplir el objetivo de la eficiencia en salud y de los resultados en

salud, en el momento que perdemos la perspectiva de que todas las innovaciones tecnológicas farmacéuticas o de otras tecnologías en salud realmente están asociadas a resolver problemas de salud de las poblaciones (en algunos casos generan incluso más problemas) y si negamos que implican innovaciones gigantes que están presionando el gasto, entonces estamos perdiendo el norte. Tal vez las medidas más fuertes están asociadas a estas dos cosas, el uso correcto de medicamentos y prioridades enfocadas en necesidades esenciales y tal vez si quisiera elegir otro sería la transparencia.



Chapter 2.4 - Medicine Prices in Latin American Countries
Jaime Espín Balbino
Joan Rovira Fornes
Claudia Vaca G.

2.4.2 ONLINE SOURCES OF MEDICINES PRICES IN LATIN AMERICA

- 18 fuentes en línea para 7 países. Más de una fuente Brasil (2); Chile (2); Colombia (3) y Perú (4).
- Solamente una plataforma que compara precios regionales (DIME).
- Tipo de precio: oficial o institucional 12/18. ANVISA tres tipos de precios (ex-factory, institucional/regulado y retail). Argentina y Perú precio retail. Colombia precio mayorista.
- Brasil, Colombia y Perú: acceso a bases en formato excel. Colombia incluye unidades vendidas.



<https://www.sciencedirect.com/book/9780128131664/medicine-price-surveys-analyses-and-comparisons#book-info>

15

MEDICINE PRICE SURVEYS, ANALYSIS AND COMPARISONS

(Minuto 00:29:45)

Quisiera decirles que hace muy poco, en la semana pasada, se comentó y se divulgó la presentación de un libro del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en temas de precios y gestión del gasto farmacéutico que dirige Sabine Vogler. Ella editó este documento. Hay un capítulo particular de precios de medicamentos en América Latina que escribimos con Jaime Espín y Joan Rovira. De este capítulo, que trata de hacer una revisión de estudios y de

fuentes bibliográficas en la región, quisiera destacar el tema que tiene que ver con fuentes disponibles en línea de precios en América Latina. Existe un desarrollo insuficiente pero hay cosas muy valiosas que tendríamos que usar, potenciar y apropiarnos de ellos porque son bienes públicos. Están disponibles públicamente. Identificamos que existen dieciocho diferentes fuentes de información en línea para siete países de la región de las Américas. Algunos países tienen más de una fuente, por ejemplo Brasil, Chile, Colombia y Perú. Solamente tenemos una plataforma que está comparando precios en América Latina y estas comparaciones son las que permitirían tomar decisiones un poco más inteligentes en materia de política de medicamentos y en particular en materia de políticas de precios. Comparan diferentes tipos de precios, los institucionales, “ex-factory” o “retail”. Es una cosa importante a tener en cuenta para definir el grado de comparación que pueden tener los datos pero también para entender cómo varían los precios a lo largo de la cadena del medicamento. Y solo dos países tienen disponibles sus fuentes de información en base de datos de Excel que pueden ser bajadas para que sean manipulables y permitan hacer análisis, estudios de impacto, estudios de utilización, de cohortes y del comportamiento de los precios en la región. Colombia es el único país que está incluyendo sus unidades vendidas y esto tal vez es el valor agregado más fuerte porque nos permitiría tener señales sobre la utilización inadecuada o sobre la sobreutilización o infrautilización de ciertos medicamentos.



16

INSULINA GLARGINA

(Minuto 00:31:54)

El documento muestra (ahí está el link del Ministerio de Salud – solo lo muestro para tener estas fuentes de información) datos comparados de precio de referencia de países de alto ingreso con precios de América Latina. Y se dan cuenta que los países que tienen bases de datos pueden comparar y ver qué tan ineficientes están poniendo precios para tomar decisiones posteriores en el ámbito local. Brasil, Chile y Colombia son los precios que están ahí, en este caso para un medicamento que es la insulina glargina, de la cual más adelante hablaré. El análisis que se hizo es gracias a que hay gente que se dedica a mejorar las bases de datos, a disponerlas públicamente y a hacer trabajo de pedagogía para la disponibilidad de esta información. Yo quisiera destacar el equipo de Colombia y en particular Sergio Márquez y el proyecto DIME y el esfuerzo que hacen en las universidades como en la Universidad Católica, la Universidad Nacional y la Universidad Central del Ecuador, que están detrás de esto procesando datos demostrando evidencia, de suerte, de que se vaya mejorando la información disponible. Entre más se utilice y entre más se identifiquen problemas en la información, mejores serán los bases de datos.

- **Casos:** insulina glargina y ertapenem.

17



CASO ERTAPENEM

	Gasto en ertapenem	Gasto en ertapenem per cápita	Precio por dosis diaria definida	Cobertura	Evaluación local de tecnologías	Guías de práctica clínica
Chile	US\$3.674.522	US\$205,17	US\$63,81	Mecanismos excepcionales	No	No
Colombia	US\$12.965.331	US\$266,48	US\$53,95	Mecanismos excepcionales	No	No
Costa Rica	US\$80.520	US\$16,58	US\$53,01	Si	Si	Si
Ecuador	—	—	—	No	Si	No
El Salvador	—	—	—	No	No	No
México	—	—	US\$21,38	Si	Si	No
Perú	US\$724.749	US\$22,81	US\$123,08	Si	Si	No
República Dominicana	US\$225.566	US\$21,18	US\$64,48	Mecanismos excepcionales	No	Si

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos DIME y la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.
 Nota: Las variables se miden en dólares de EE.UU. corrientes.

✓ Antibiótico indicado para infecciones bacterianas intrahospitalarias. Uso restringido/GPC.

18

CASOS: INSULINA GLARGINA Y ERTAPENEM

(Minuto 00:33:22)

Y finalmente quisiera terminar con una consolidación de la información que los diferentes países tramitaron al interior de sus ministerios o entidades de gobierno en el marco del proyecto DIME y que además están disponibles en la plataforma. Lo interesante es que en el libro, del cual estoy haciendo la reseña, se consolida toda esta información. Primero fueron unos datos en Excel complejísimo de todos los países que pudiéramos procesar para hacerla comparable pero al final tenemos este cuadro comparativo que ya nos da señales de cómo estamos haciendo el gasto en estos dos medicamentos y tal vez cómo podemos, entre todos, compartir experiencias y lecciones para hacer intervenciones que mejoren el gasto en nuestros espacios vitales, que al final es lo que nos interesa hacer.

Miren el caso de 'Ertapenem', que les decía que es un antibiótico de uso sistémico que en principio no puede ser de primera línea. En la mayoría de los hospitales es un medicamento protegido. Las políticas de antibióticos lo tienen como un medicamento vigilado. El gasto per cápita de 'Ertapenem' de Chile y Colombia es entre 10 y 20 veces más que el gasto en otros países como Costa Rica, Perú o República Dominicana. El precio más bajo lo tiene México. No tenemos los datos del gasto per cápita de México para 'Ertapenem' pero miren esta diferencia de precios entre Chile, Colombia y México. Es tres veces más en Chile, casi 2.5 veces más en Colombia y en todo caso un gasto per cápita que sugiere un uso inadecuado un medicamento. En especial porque miren lo que sí coincide cuando revisamos políticas del uso racional. Tienen el mayor gasto y donde no hay evaluación de tecnología en salud asociada a este medicamento y tampoco guías de práctica clínica, se refleja en las decisiones. Es decir, uso irracional del medicamento por ausencia de sanidad regulatoria y gastos que claramente son muchísimo más altos comparativamente con esta fotografía que tenemos de intervenciones a nivel local e institucional.



CASO INSULINA- DIME

	Gasto en insulina glargina	Gasto en insulina glargina per cápita	Precio por dosis diaria definida	Cobertura	Evaluación local de las tecnologías	Guías de la práctica clínica
Chile	US\$3.658.060	US\$204,25	US\$2,82	Si	No	Si
Colombia	US\$35.716.784	US\$734,11	US\$0,90	Si	Si	Si
Costa Rica	US\$63.121	US\$13,0	US\$2,39	Mecanismos excepcionales	Si	Si
Ecuador	US\$813	US\$0,05	US\$1,35	No	No	No
El Salvador	US\$0	US\$0,00	US\$0	No	No	No
México	US\$7.755.813	US\$60,81	US\$0,26	Si	Si	Si
Perú	US\$1.209.042	US\$38,05	US\$2,05	Si*	No	No
República Dominicana	US\$157.271	US\$14,77	US\$0,99	Mecanismos excepcionales	No	No

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos DIME y la base de datos de los indicadores del Desarrollo Humano del Banco Mundial para los datos sobre población.
Nota: Las variables se miden en dólares de EE.UU. constantes.
* La insulina glargina es proporcionada por el sistema de seguro social público contributivo de Perú (EsSalud).

- ✓ AL y C: 9% diabetes - a 2040 12% (Atlas de la Diabetes, 2017).
- ✓ El costo del tratamiento por paciente al año con insulina glargina puede ser un 120% más alto que el de la insulina humana, que tiene los mismos beneficios clínicos. (Hua et al., 2016; Sanchez Choez et al., 2015; Machado-Alba et al., 2016)

19

Caso Insulina - DIME

(Minuto 00:35:31)

Y miren el caso de la insulina glargina. Más o menos es lo mismo. Tenemos el gasto per cápita más alto de toda la región de las Américas. Colombia es el único país que, en este momento, está cubriendo a través de su Plan de Beneficios todas las insulinas conocidas como insulinas análogas. Son modificaciones menores a la insulina clásica. Se sugiere en la literatura internacional que no hay diferencias en su efectividad, solamente en su precio. Las diferencias en el tratamiento puede ser de 120% aunque los resultados en salud sean los mismos. Colombia tomó la decisión de incorporarlas sin ninguna estrategia de monitoreo y control de guías de prácticas clínicas ni gestión de la presión de la tecnología. Ingresan al estado de medicamentos esenciales del país o a la cobertura pública con recursos de todos nosotros y tenemos el gasto 700 veces más alto que El Salvador o Ecuador. Ecuador decidió no cubrir este tipo de insulina en su cuadro básico. Tenemos casi tres veces el gasto de Chile. Por supuesto tenemos el precio más bajo pero un precio muy bajo para este gasto tan alto sugiere que deberíamos hacer una tarea más fuerte de monitoreo cuando tomamos decisiones de cobertura. En este tema de las insulinas es donde más se está produciendo debate global dado que la presión de las tecnologías están

impidiendo a los gobiernos tomar decisiones más racionales. Y parte de la tarea que se hizo para este capítulo del libro es una revisión sistemática que está mostrando que a nivel global incluso se está poniendo en riesgo el acceso a los pacientes diabéticos a este tipo de medicamentos justamente por su precio. Colombia no tiene este problema porque ha tomado la decisión de cubrirlo. Pero en todo caso la forma de cómo lo está haciendo tal vez no es eficiente y pudiéramos pensar en intervenciones, políticas públicas, medidas regulatorias locales, institucionales o nacionales para mejorar este gasto.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Minuto 00:38:45)

Pregunta de Goretty Oviedo:

Una de la falencias del sobre-diagnóstico y la sobre-medicación es la fragmentación del paciente por especialidad. ¿Esto podría superarse con la interoperabilidad de las historias clínicas? Otro aspecto es que quienes formulan son el personal de salud. ¿Cómo lograr mejorar esta formulación que apoye los esfuerzos de política farmacéutica de los estados?

Respuesta:

Lo primero que yo tendría que decir es que las soluciones tecnológicas son parte de la herramientas que permiten mejorar las decisiones clínicas en la cotidianidad. Pero tal vez el mensaje más fuerte que yo quisiera decirles es que hay un paquete o conjunto de intervenciones y tendrían que estar coordinados para que, de manera harmónica, pudieran resolver estas distorsiones de las que estoy hablando. Por otro lado coincido completamente que la fragmentación del paciente sugiere que haya un modelo basado en la atención primaria que privilegia esta atención del individuo. Seguramente las plataformas tecnológicas van a ser posteriores y ayudarán a esto pero primero tendría que estar bastante bien establecido esto de la atención primaria en salud, los medicamento esenciales como herramientas, aquellos medicamentos que realmente se necesiten y que resulten en la mayoría de los programas de la salud de la población con un soporte de evidencia o con la menor incertidumbre posible y después todo lo otro detrás sopor-tando y garantizando que las políticas farmacéuticas no son solamente una decisión macro del Estado o del gobierno en turno, sino que comprometen socialmente a los usuarios y a los profesionales de la salud.

(Minuto 00:40:40)

Pregunta de Goretty Oviedo:

En evaluaciones el Referencia Internacional de Precios como forma de control de precios de medicamentos no es suficiente para lograr este objetivo, dado que en medicamentos del alto costo estos están con sobrepuestos en los mercados internacionales ¿Qué otra medida puede cruzarse para lograr el correcto control de precios?

Respuesta:

Las medidas de precios son, yo diría, las más imperfectas de todas. Cuando se toca un mercado y se interviene de una manera en particular, ese mercado trata de adaptarse para garantizar rápidamente cubrir la reducción del gasto que generó ese control. Entonces hay que ser muy inteligentes y actuar mucho más rápido y definitivamente lo ideal es combinar Precios Internacionales de Referencia con medidas de promoción de la competencia y uso de genéricos. Está muy fuerte y en moda la importancia de que se defina un precio en función del aporte terapéutico. Quiero extirpar de nuestra cabeza y de nuestro cerebro la palabra valor terapéutico porque la palabra “valor” se manipula dependiendo de la perspectiva de quién esté parado discutiendo ese valor terapéutico. Preferiría que se hable de aporte y objetivo. Y este aporte está también definido porque las decisiones de regulación de precios deberían darse antes de que el registro sanitario se haya otorgado, o por lo menos en el marco del proceso de aprobación del registro sanitario. Porque una vez lanzada una nueva tecnología al mercado la recuperación de la eficiencia en el gasto va a ser muy difícil dado que el Estado siempre va a estar detrás o más lento de lo que significa un lanzamiento de un nuevo producto al mercado con todas las estrategias de marketing que eso sugiere. Se discuta mucho el acceso a las innovaciones de la terapia y eso depende más de la eficiencia de los gobiernos y las agencias sanitarias. Pero en principio lo que se hace es combinar estas estrategias de regulación. Los precios de Referencia Internacional no son suficientes, son imperfectos. La promoción de la competencia de genéricos es insuficiente. Tendría que entrarse a regular también el precio antes de entrar al mercado decidiendo si el aporte real y si el valor añadido, en este caso con respecto a los medicamentos esenciales, justifican un precio X.

(Minuto 00:43:17)

Pregunta de Rafael Chaves:

Cuál es el papel de los ‘Managed Entry Agreements’ como una medida para disminuir los costos asociados con tecnologías innovadoras de alto valor terapéutico y al mismo tiempo aumentar el acceso de la población?

Respuesta:

Son estrategias nuevas de regulación que se están impulsando en especial para medicamentos de altísimo costo, de precios escandalosos, frente a los cuales hay una incertidumbre en su beneficio y en su aporte en términos de calidad y de esperanza de vida. Son, para algunos, una forma bastante elegante de engañar a gobiernos y para otros una estrategia concreta para pagar solamente por resultados en salud en términos de años de vida ganados y calidad de vida, no en términos de preferencia sino en términos de beneficios menores o subjetivos. Recientemente salió un ‘paper’ de la estrategia australiana de pagos por resultados siguiendo el modelo ‘Netflix’. No sé si lo vieron. Es un artículo de Suerie Moon que es muy interesante porque lo que está diciendo es que deberíamos limitarnos que se cubra un medicamento que no tenga evidencia suficiente y que tenga una incertidumbre más grande, pero en el caso de que hablábamos los riesgos deberían estar en el innovador que quiere presentar una solución muchas veces salvadora y siempre sobreestimada - es el rol del innovador - y que el Estado es el que determine cómo, cuándo y en qué condiciones reembolsa ese precio. Es el modelo ‘Netflix’ porque además establece que, digamos, es casi por suscripción, como pasa con Netflix, cada paciente que esté siendo tratado con un medicamento que tenga un incentivo tan grande con un precio tan alto, debería ser registrado, identificado y el Estado debe determinar si evidentemente el beneficio es el prometido por la innovación o no. Este es el tema “hot”, el tema más interesante en este momento globalmente y tal vez este artículo nos da mucha luz.

(Minuto 00:45:56)

Pregunta de Rafael Chaves:

En el caso de antibióticos y en particular del Ertapenem, las decisiones de facilitar la utilización de unos de ellos y no todos, está generando un aumento de la resistencia bacteriana. ¿Cuál podría ser una alternativa de política pública para evitar este efecto negativo?

Respuesta:

La estrategia que yo recomendaría, por lo menos la que los datos sugieren que tiene un mayor efecto, es la decisión que está tomando Costa Rica. Costa Rica tiene bastante bien establecida la política de control de los antibióticos y establece para el grupo completo de Carbapenémicos cuál es la política institucional que se va a seguir y en qué momento se usa uno u otro antibiótico pero en todo caso es restringido el acceso a cada uno de estos medicamentos cuando los

pacientes no cumplen los requisitos establecidos en las guías. El uso más bajo per cápita lo tiene Costa Rica y seguramente está asociado a una política de uso adecuado de antibióticos institucionales, en este caso de la Caja Costarricense que permite un uso mucho más adecuado. Aquí es más que el tema del precio, en este caso es el uso adecuado del medicamento.

(Minuto 00:47:16)

Pregunta de Alejandra Piedrahita Úsuga:

¿En el caso de las insulinas se tiene información acerca de los ‘Qualys’ y del costo de cada ‘Qualy’ ganado? ¿O solamente información acerca del costo?

Respuesta:

El gasto per cápita es el que se tiene acá. En la plataforma DIME estamos con datos de gasto y que se determinaron per cápita para poder hacer la comparación, lo mismo que el precio por dosis diaria, por tratamiento diario. Sin embargo, en la revisión, tanto de este capítulo del libro como en el trabajo que se está haciendo de gestión del conocimiento del marco del proyecto DIME, se ha hecho una revisión sistemática que vamos a difundir pronto. Es una revisión sistemática de una tesis doctoral de un estudiante, que intenta revisar también la efectividad y la información disponible sobre la insulina glargina. En el marco del proyecto DIME sí se hizo una revisión también para la toma de decisiones de los países y permitió, por ejemplo, a Ecuador tomar la decisión de sacar de la cobertura de financiar la insulina glargina en beneficio de la insulina clásica para aumentar la cobertura de los pacientes. Dicho de otra forma, en la revisión sistemática no hay diferencias en Qualys, ni en años de vida ganados, ni en complicaciones mayores cardio-vasculares y sí los precios son bastante diferentes. No justifica su cobertura al menos que el precio fuera igual o menor al de la insulina clásica.

Pregunta de Álvaro León:

¿Se podría pensar que las farmacias pudiesen también generar sin miedo, diría que hasta obligatoriamente, información sobre la utilización de medicamentos, de manera muy estandarizada, como para que podamos tener suficiente información para generar planes de acción, algo así como unos RIPS farmacéuticos?

Respuesta:

Por supuesto que sí. Creo que dentro de la fragmentación de la atención y dentro del grado de especialización que se tiene en estos temas de política de medicamentos y de asuntos fármaco-terapéuticos, no se baja esa información ni a la ciudadanía ni a otros profesionales de la salud que juegan un rol determinante en el uso racional de los medicamentos. Tal vez el bien público más importante es que se trata de información procesada para la comunidad de manera que se alineen los objetivos de la ciudadanía con los objetivos de la política pública de medicamentos. Este es un tema que, en este caso particular, le hago campaña porque las transformaciones culturales son las más difíciles de realizar y estas se hacen desde la base, desde la ciudadanía. Y hasta ahí tiene que llegar la información para que la ciudadanía haga presión por cosas más costosas que no generan beneficios. Y es un asunto del cotidiano, de la educación del cotidiano, de la información procesada y sencilla en el cotidiano.

(Minuto 00:50:23)

Pregunta de Iris Ascencio:

¿Qué diferencias hay entre este análisis comparativo de precios en varios países y la publicación "The big pharma project: La vida tiene precio"?

Respuesta:

Que la perspectiva es completamente diferente y que en este caso el conflicto de interés es lo más importante que tenemos que resolver en la toma de decisiones de las políticas públicas, completamente enfocados en intereses de bienes públicos que no estén sesgados por interese comercial legítimo de la industria farmacéutica.

(Minuto 00:50:23)

Pregunta de Alejandra Piedrahita Úsuga:

***¿Cuál es el mecanismo econométrico utilizado para relacionar precios con acceso?
¿Qué variables dependientes e independientes tendrían en cuenta?***

Respuesta:

Es una pregunta compleja. Los análisis de impacto que se han hecho sobre las regulaciones de precios están disponibles en alguna de la literatura que está compilada en el libro de Sabine Vogler. Ahí la van a encontrar para las diferentes regiones del planeta. En América Latina hay muy poco. Normalmente hacer estudios de este tipo tiene un riesgo altísimo de lo que se llama la falacia ecológica, es decir asignarles un efecto a una intervención que está determinada por muchos otros factores. Pero en principio tendrían que hacerse estudios de series de tiempos controladas en que se ajuste con la tendencia regulada, se identifiquen diferentes intervenciones y permiten comparar entre ellos.

Hay otra estrategia metodológica que son los modelos econométricos de causalidad. La política de regulación de Colombia da lugar a desarrollos metodológicos muy interesantes, una de ellos de la Universidad de los Andes. Es una propuesta de un modelo econométrico para medir el impacto en la regulación de precios de precios considerando el número total de tratamientos pero también otras variables como el desplazamiento del consumo para otras áreas terapéuticas etc. Pero en principio es complejo. Uno diría que es deseable y esto lo digo para levantar apoyo y también para provocar un poco. El objetivo de la reducción del control de precios no es reducir el gasto. A veces puede aumentar el gasto y es importante si esto genera acceso. Y solo vas a saber si hay esa relación directa cuando la relación entre la incorporación a planes de beneficios o cuadros básicos permite una cobertura mayor de medicamentos con mayor impacto terapéutico, con mayor aporte con respecto a los medicamentos anteriores y si tenemos un volumen más grande de personas cubiertas. Así que debemos ver si con la regulación de precios aumenta el gasto porque eso puede ser un indicador de consumo pero también de uso irracional.



redcriteria.org



Red Criteria



@RedCriteria