

WEBINAR TRANSCRIPCIÓN:

USO DE LA EVIDENCIA ECONÓMICA EN LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

*Presentado por Michael Drummond, Andrés Pichon-Riviere,
Santiago Torales, Vania Canuto, Adriana Robayo*

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

<http://www.iadb.org/>

Copyright© 2021 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento -NoComercial -SinObrasDerivadas (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.



USO DE LA EVIDENCIA ECONÓMICA EN LA TOMA DE DECISIONES EN SALUD PÚBLICA

Octubre 2021

Presentado por Michael Drummond, Andrés Pichon-Riviere, Santiago Torales, Vania Canuto, Adriana Robayo

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

INTRODUCCIÓN:

Minuto [00:00:34] Marcella Distrutti: Marcella Distrutti: Buenos días a todos y todas. Mi nombre es Marcella Distrutti, soy especialista en Salud del BID y me gustaría agradecer su presencia en este webinar organizado por el BID y su Red Criteria, con el apoyo del Ministerio de Salud de Argentina sobre el uso de la evidencia económica para informar las decisiones de cobertura.

La Red Criteria es una iniciativa de la División de Protección Social y Salud del BID que se enfoca en la generación, difusión de conocimiento y apoyo técnico en temas de eficiencia del gasto en salud, en particular la priorización explícita y políticas para lograr precios más asequibles para los medicamentos. Este webinar se enmarca en el contexto del Plan Estratégico del BID: "Misión 2025, Reinvertir en las Américas", que busca apoyar a los países para superar la actual crisis sanitaria, económica y social impulsando oportunidades de crecimiento de manera sostenible, promoviendo el progreso social y fortaleciendo la buena gobernanza.

El taller de hoy está organizado en dos partes. En la primera tendremos 3 presentaciones. Una de Santiago Torales sobre la relevancia del uso de la evidencia económica en la toma de decisiones desde el punto de vista de CONETEC de Argentina, una de Michael Drummond sobre consideraciones económicas para la priorización de los recursos de salud y una de Andrés Pichon-Riviere que presentará algunos aspectos destacados de la Nota Técnica que fue escrita con Drummond, Federico Augustovski y Sebastián García Martí sobre el uso de la evidencia económica en la toma de decisiones.

La segunda parte del taller cuenta con 3 expertos que representan a instituciones destacadas en nuestra región que informan la toma de decisiones de cobertura. El IETS de Colombia, el CONETEC de Argentina y el CONITEC de Brasil.

Para finalizar tendremos una breve sesión de preguntas y respuestas. Paso la palabra a mi colega Úrsula Gideon quien hará una breve introducción al contenido de este Webinar. Úrsula y yo coordinamos la Red Criteria del BID.

Minuto [00:03:26] Úrsula Gideon: Gracias Marcella. Hola a todos, bienvenidos a este webinar. El tema de hoy es bien popular lo cual se refleja en el aumento del número de la audiencia. Gracias a todos por estar aquí. Como saben, alrededor del mundo y también en América Latina y el Caribe, crece el interés por tener en cuenta las dimensiones económicas a la hora de tomar decisiones de cobertura para que estas no solo sean sostenibles y pagables, sino también que ofrezcan el máximo bienestar y salud posible con los recursos que tenemos que por definición son escasos. Asegurar el valor por el dinero o value for money, pasa casi por definición por el análisis de la costo-efectividad de las intervenciones y programas, un tema económico, al igual que garantizar la affordability o pagabilidad, pasa por un análisis de impacto presupuestario de estas. Ambas son ejemplos de uso de evidencia económica en todo el proceso de la toma de decisiones. Sin embargo, todos sabemos que aún es bastante incipiente el uso sistemático de la evidencia económica, más allá del análisis de impacto presupuestario en nuestra región, en especial el uso sistemático de la costo-efectividad para informar decisiones de cobertura es aún limitado en la mayoría de los países de ingresos bajos o medios, incluyendo América Latina.

Existen barreras y limitaciones que impiden que la evidencia económica sea parte integral de la toma de decisiones y de los procesos de análisis, y esto tiene importantes implicancias sobre la equidad y la eficiencia con que son asignados los recursos sanitarios. Por ejemplo, muchos países cubren medicamentos con una costo-efectividad dudosa en sus contextos particulares, y además pagan precios muy altos; y a la vez cuentan aún con brechas de cobertura para servicios esenciales altamente costo efectivos, es una decisión que tiene un costo de oportunidad enorme. No es un tema de ahorrar plata, es un tema de salud que estamos perdiendo, decidiendo mal y sin tener en cuenta de manera sistemática la evidencia económica.

Muchas de las barreras al uso de la evidencia económica son, todos lo sabemos, temas que tienen más que ver con la ausencia de procesos bien organizados y sobre todo de economía política; sin embargo, y este es el tema de hoy, hay unas barreras que tienen que ver con aspectos más técnicos y metodológicos, y no siempre es claro cómo y en qué parte de todo ese proceso de toma de decisión de cobertura se operacionalizan los conceptos económicos para tomar mejores decisiones de lo que si cubrimos o no cubrimos con los recursos públicos. Es justo en este contexto que se ubica la Nota Técnica que estamos lanzando en el taller de hoy.

Queremos responder en esta nota técnica y también en las presentaciones que vendrán más adelante, algunas de las preguntas más relevantes que nos hacemos y se hacen los tomadores de decisiones y todos los que apoyan estos procesos a lo largo de todo el ciclo, tales como, por ejemplo, ¿Cómo saber si una tecnología de intervención resulta costo-efectiva en mi contexto? ¿Qué umbral de costo-efectividad aplicar? ¿Cómo lo puedo calcular sin tener que trabajar 3 años? ¿Cuál es el límite para considerar que una tecnología representa un alto impacto presupuestario en mi sistema de salud en particular? Dada las dificultades existentes para generar evidencia económica local ¿Qué puedo hacer yo con la evidencia económica que se ha producido en otras jurisdicciones? ¿Cómo la puedo transferir a mi contexto o -y creo que un tema importante para Argentina y otros países con sistemas de salud fragmentados o descentralizados- cómo tener en cuenta la evidencia económica en un sistema de salud altamente fragmentado o descentralizado?

Encontrar respuestas para estas y otras preguntas para informar las decisiones de cobertura, resulta absolutamente esencial, no solo para asegurar una asignación de recursos que genera más bienestar, salud y equidad, sino también que sea más justa y transparente. Y siempre, en eso insistimos mucho, vale la pena volver a recordar que una asignación más eficiente de los recursos que tenga en cuenta la evidencia económica no es un mecanismo para ahorrar recursos sino para generar más resultados y más bienestar para la población con los recursos que tenemos, hoy obviamente más restringidos que nunca como dolorosamente lo estamos experimentando.

El uso de la evidencia económica para informar decisiones de coberturas es una pieza fundamental para tomar decisiones más inteligentes y esto es más relevante que nunca en este contexto actual de restricciones extremas que están afectando al mundo entero, bien sabemos, pero de manera especialmente fuerte en América Latina que ha tenido la contracción económica más dura del mundo en el último año. Con eso paso la palabra a mi colega Marcella.

Expertos invitados



Santiago Torales

- Supervisor General de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud del Ministerio de Salud de Argentina. Santiago es médico especialista en Nefrología y tiene una maestría en Economía y Gestión de la Salud. Se desempeña además como consultor, docente e investigador en temas de gestión de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias.



Michael Drummond

- Profesor de Economía de la Salud en la Universidad de York y coeditor en jefe de la revista *Value in Health*. Ha sido consultor de la Organización Mundial de la Salud y fue líder de un proyecto de la Unión Europea sobre la evaluación económica de tecnologías sanitarias. Ha sido galardonado con títulos honoríficos y premios en reconocimiento a sus logros y liderazgo en el campo de la economía de la salud.



Andrés Pichon Riviere

- Director ejecutivo y director del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud, del IECS que es Centro Colaborador de la OMS en evaluación de tecnologías en salud. Docente universitario en distintos cursos de posgrado en el IECS. Es miembro de Consejo Directivo de la Maestría de Efectividad Clínica y catedrático de Salud Pública en la Universidad de Buenos Aires.



Minuto [00:09:44] Marcella Distrutti: Gracias Úrsula. Ahora tengo el gran honor de presentarles a los expertos de esta primera sesión del Webinar.

En primer lugar, Santiago Torales. Santiago es actualmente Supervisor General de la Comisión Nacional de Evaluación de Tecnologías de Salud del Ministerio de Salud de Argentina. Es médico especialista en Nefrología y tiene una maestría en Economía y Gestión de la Salud. Se desempeña además como consultor, docente e investigador en temas de gestión de la salud y evaluación de tecnologías sanitarias.

Santiago, como mencioné anteriormente, hará una introducción a la Nota Técnica ilustrando su relevancia desde el punto de vista de Argentina.

Luego tendremos al profesor Michael Drummond. El profesor Drummond puede ser considerado como uno de los padres de la evaluación económica y, creo que no miento al decir que cualquiera que haya tenido que ver algo con el tema de priorización del gasto en salud, en algún momento de su carrera se ha cruzado con su nombre. Actualmente es profesor de Economía de la Salud en la Universidad de York y coeditor en jefe de la revista *Value in Health*. Ha sido consultor de diversas instituciones como la OMS y la Unión Europea, también galardonado con títulos honoríficos y premios en reconocimiento a sus logros y liderazgo en el campo de la economía de la salud.

Él hará una intervención sobre consideraciones económicas para la priorización de los recursos en salud.

Finalmente, también nos acompaña en el día de hoy Andrés Pichon-Riviere, autor principal de la Nota Técnica que hoy estamos lanzando. La mayoría de las personas que nos acompañan ya conocen a Andrés y sabe que es uno de los expertos más reconocidos en temas relacionados con la ETS, evaluación de tecnologías sanitarias, en la región. Él es actualmente Director Ejecutivo y Director del Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud del IECS, que es el Centro Colaborador de la OMS en Evaluación de Tecnologías en Salud. Además, dirige diversos cursos de posgrado que el IECS brinda en esta área. También es profesor de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Él nos hará una presentación sobre los principales aspectos de la Nota Técnica que estamos lanzando.

Esperamos que después de estas presentaciones, todos ustedes que nos acompañan hoy se encuentren muy motivados para descargar y leer la Nota Técnica. Santiago, bienvenido.

PRESENTACIÓN SANTIAGO TORALES

Uso de la evidencia económica en la toma de decisiones en salud pública: perspectiva de Argentina

Santiago Torales

Supervisión General de la Comisión Nacional de Evaluación
de Tecnologías en Salud (CONETEC / MSAL)

Webinar Taller BID – Red Critería / Ministerio de Salud

6 de Octubre de 2021

Minuto [00:13:11] Uso de la evidencia económica en la toma de decisiones en salud pública: perspectiva de Argentina

Minuto [00:12:30] Santiago Torales: Hola Marcella, hola a todos, muchas gracias. Gracias Úrsula y toda la gente del BID por la invitación. Es realmente para mí un orgullo y una satisfacción muy grande estar con gente que respeto y admiro tanto, empezando obviamente por el profesor Drummond, pero también por Andrés con el cual venimos trabajando muchísimo en estos difíciles años desde la pandemia en Argentina y desde los inicios de la evaluación en tecnología sanitaria en nuestro país. Luego también obviamente con Adriana y con Vania con quien compartiremos la última parte del taller.

Santiago Torales: Lo que voy a tratar de explicar es, más allá de todas las clarísimas palabras de introducción de qué trata todo esto que hizo Úrsula recién, es lo que tratamos de hacer desde el año pasado en la CONETEC con respecto a incorporar de manera taxativa elementos de la evidencia económica para la toma de decisiones.

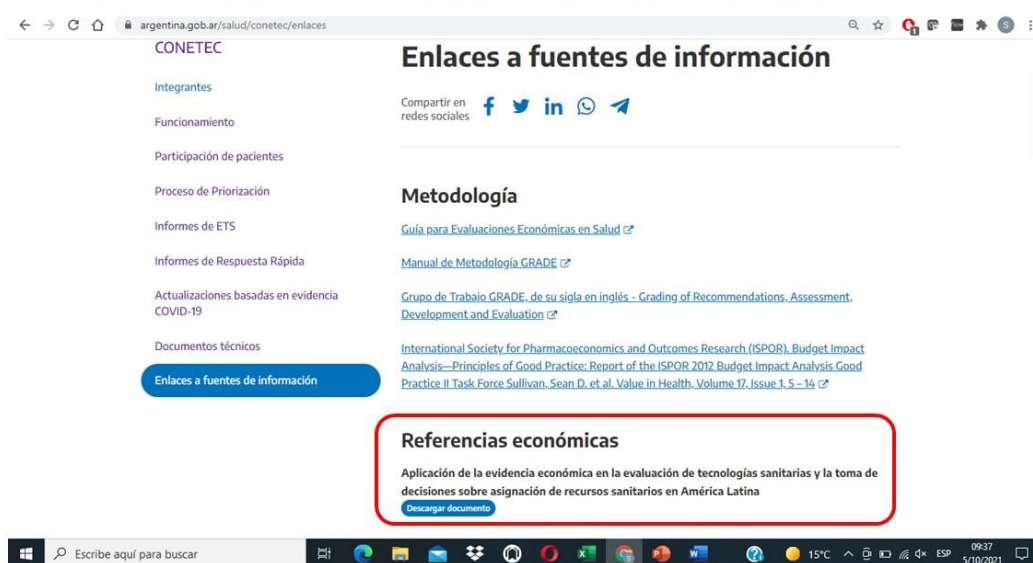
Aplicaciones de evidencia económica en los procesos de la CONETEC

- Referencias económicas en nuestro repositorio de enlaces web
- Inclusión de criterios económicos explícitos en sus productos:
 - Proceso de Priorización
 - Informes de Respuesta Rápida
 - Actualizaciones basadas en Evidencia COVID-19
 - Informes Completos de ETS
- Criterios de votación para la Mesa Técnica
- Representación en el marco de Mesa de Recomendaciones
- Herramienta para definición de cobertura en los financiadores

Minuto [00:13:38] Aplicaciones de evidencia económica en los procesos de la CONETEC

Santiago Torales: En ese sentido, lo que tratamos de hacer es reflejar esta toma de decisiones en diferentes productos que la CONETEC viene elaborando desde el año 2020 y que tiene que ver con generar un espacio en un repositorio de un montón de fuentes de consulta que tenemos donde está incluida esta Nota Técnica que se citaba. Luego en los 4 principales productos que genera hoy nuestra Comisión de procesos de evaluación en tecnología, está el proceso de priorización donde hay componentes de evaluación económica; los informes de respuesta rápida tanto en su modalidad de evaluación de tecnología como el espacio que nos tocó desarrollar durante este año en la pandemia con la segunda ola que son actualizaciones basadas en evidencia para COVID-19; y los informes completos de ETS que tienen una dinámica un poco más compleja y extensa porque incluye la participación de diferentes stakeholders tanto en la Mesa Técnica donde dan su votación con respecto a su apreciación sobre las tecnologías, en donde hay un componente claramente de mensuración de variables económicas, como pasa eso a la Mesa de Recomendaciones donde se genera el informe final que va a ser utilizado como una herramienta para definición de cobertura por parte de los diferentes financiadores en nuestro sistema de salud.

1. Referencias económicas en la web CONETEC




Minuto [00:14:56] Referencias económicas en la web de CONETEC

Santiago Torales: El primer punto, en particular, tiene que ver con la página de la CONETEC y, como ven, ahí hay un índice y en el último punto están los enlaces a fuentes de información, y dentro de toda la metodología y todos los materiales que pueden consultarse acá que sirven para el público que quiera acceder a la página y también para nuestros evaluadores que participan en la elaboración de nuestros productos, está como referencia económica la Nota Técnica que luego explicará a través de su trabajo Andrés.

2.1 Proceso de Priorización

Criterio	Definición y ponderación	Puntaje	Definición
Duplicación del esfuerzo	¿Se ha realizado o existe una en curso una evaluación de adecuada calidad sobre la tecnología por algún organismo independiente? 30	3	No se prevé duplicación
		2	Podría existir una duplicación por lo que se podría plantear colaboración con otros organismos o instituciones
		1	Otra organización está considerando este tema
		0	Otra organización con adecuados recursos técnicos está evaluando el tema
Necesidad de la evaluación	¿Cuán importante es la tecnología y cuál sería el impacto estimado de un informe generado por CONETEC? 40	3	Impacto importante en el cuidado de los pacientes
		2	Impacto moderado
		1	Impacto limitado
		0	La ETS no cambiaría las decisiones actuales sobre el cuidado de los pacientes o esas decisiones no tendrían impacto en el cuidado
Disponibilidad en Argentina	¿La tecnología se encuentra aprobada en nuestro país? 10	3	Actualmente en uso
		2	Actualmente en proceso de aprobación por la ANMAT y probablemente en uso en el próximo año
		1	Es poco probable que sea aprobada en el próximo año o solo existen casos de uso compasivo
		0	No aprobada en otras agencias regulatorias
Prioridad del Ministerio de Salud	La tecnología o intervención está orientada a satisfacer necesidades alineadas con prioridades sanitarias 20	3	Muy prioritaria para el MSAL
		2	Prioritaria para el MSAL
		1	Algo prioritaria
		0	Sin prioridad



Criterio	Definición y ponderación	Puntaje	Definición
Impacto clínico	Impacto potencial de la tecnología en desenlaces importantes para el paciente (beneficio o daño) 25	3	Mejoría sustancial en desenlaces clínicos
		2	Mejoría moderada en desenlaces clínicos
		1	Mejoría mínima en desenlaces clínicos
		0	Sin cambio en desenlaces clínicos
Impacto económico	Impacto presupuestario de adoptar la tecnología (ahorros o gastos) 25	3	>500 PIB/capita
		2	200-500 PIB/capita
		1	100-200 PIB/capita
		0	< 100 PIB/capita
Impacto poblacional	Qué porcentaje de la población se vería afectada por las recomendaciones de la ETS 15	3	Afecta al 5% o más
		2	Afecta del 1% al <5%
		1	Afecta de 0.05% a <1%
		0	Afecta <0.05%
Demanda Social, judicial e interjurisdiccional	Existen pedidos en distintas jurisdicciones o financiadores que deben enfrentar una decisión con respecto a la tecnología que les podría ser de utilidad la ETS 10	3	Alta demanda (≥ 7 jurisdicciones o financiadores afectados)
		2	Moderada demanda (5 o 6 jurisdicciones)
		1	Baja (2 a 4 jurisdicciones)
		0	Escasa demanda o pedidos aislados en una jurisdicción o financiador
Equidad	La tecnología tiene el potencial de introducir, aumentar o disminuir la equidad en la salud 15	3	Gran potencial para afectar la equidad en el estado de salud
		2	Potencial moderado para afectar la equidad en el estado de salud
		1	Potencial menor para afectar la equidad en el estado de salud
		0	No afectará la equidad

Minuto [00:15:26] Proceso de priorización

Santiago Torales: Un segundo punto, referente a que el proceso de priorización tiene una etapa que es bastante cuantitativa, específica y objetiva en la cual tiene una primera tabla de tamiz de (NE [00:15:38]) inicial que tiene 4 criterios. En la segunda tabla del segundo componente de criterios, son 5 criterios entre los cuales el criterio de impacto económico tiene una relevancia consistente. Luego estos resultados pasan a una Mesa de Priorización que genera el consenso final sobre cuáles tecnologías van a ser evaluadas durante el año vigente. Actualmente tenemos 10 tecnologías en evaluación y que surgieron de todo este proceso en el cual, insisto, el tema del impacto económico considerado como el impacto sobre el producto bruto interno per cápita, es considerado para la toma de decisiones.

2.2 Informes de Respuesta Rápida

- Adecuación de perspectivas, poblaciones objetivo y criterios
 - Criterio de Impacto Presupuestario
 - Umbral de inversión en tecnología según gasto sanitario del país (0,015%)
 - Criterio de Costo de Oportunidad
 - Gastos de salud anuales per cápita
 - Haberes mínimos jubilatorios anuales
- Elaboración de informe definitivo

2.3 Actualizaciones basadas en Evidencia COVID-19

- Los informes incorporan tres criterios: efecto en la salud, implementación y recomendaciones.
- En el segundo se valoran barreras de acceso, pero también costos directos comparativos con la opción más eficiente (corticoides sistémicos).

Minuto [00:16:16] Informes de respuesta rápida y actualizaciones basadas en Evidencia COVID-19

Santiago Torales: Luego tenemos los informes de respuesta rápida que algunos son centrados en tecnologías con pedido explícito. Tenemos algunos como, por ejemplo, el de (Zolgensma [00:16:24]) que se hizo a principio de año y otros que se sumaron a completar los informes que tenemos pendientes del año pasado.

En esos informes hay una adecuación de la perspectiva, por ejemplo, para el tema de Zolgensma la perspectiva tuvo que ver, dentro de la gran fragmentación y segmentación de nuestro sistema de salud, con aquellas coberturas. Tomamos datos de las coberturas que podían tener mayor representación de población pediátrica. Tomamos de ahí justamente la población objetivo y en los criterios con los cuales se iba a hacer la evaluación, y en el informe en todos nuestros reportes de respuesta rápida se incluyen dos consideraciones a través de un análisis impacto presupuestario. Primero se define un umbral que está extrapolado de bibliografía de otros lugares sobre el umbral de inversión en tecnologías según el gasto sanitario de nuestro país y luego criterios de costo oportunidad que se explicitan y que tienen que ver con cuántos gastos salud anuales per cápita involucraría e incorporaría esta tecnología, o cuántos haberes mínimos jubilatorios anuales, o sea, el pago de

jubilaciones de todo un año, involucraría incorporar esta tecnología para la población objetivo definida. Eso va incorporado en el informe final, más allá de la evaluación de la evidencia clínica.

Con respecto a los informes que desarrollamos con respecto a la evidencia COVID-19, también intentamos incorporar 3 criterios y sus conclusiones. Uno tiene que ver con el efecto en la salud de las intervenciones, sobre todo terapéuticas que analizamos. Tenemos 3 informes realizados en este sentido. Luego la implementación, las recomendaciones que tienen que ver con qué dicen guías clínicas en otras partes del mundo con respecto a estas tecnologías.

En el segundo componente se valoran no solamente barreras de acceso, sino que también se hace una comparación económica directa con respecto a la opción más eficiente; como todos saben, la opción más eficiente en el sentido de resultados clínicos en costos o los corticoides sistémicos para la llegada de nueva terapéuticas como anticuerpos (monoclonales [00:18:24]), se ponen, por ejemplo, en consideración con este parámetro.

2.4 Informes Completos de ETS

- Adecuación de perspectivas, poblaciones objetivo y criterios
- Discusión en Mesa Técnica
 - Atributos económicos del Marco de Valor
 - Relación Gasto / Ahorro
 - Impacto económico Intervención vs Comparador
 - Certeza de la Evaluación Económica
- Definición en Mesa de Recomendaciones
 - Criterio de Impacto Presupuestario
 - Umbral de inversión en tecnología según gasto sanitario del país (0,015%)
 - Criterio de Costo de Oportunidad
 - Gastos de salud per cápita anuales
 - Haberes mínimos jubilatorios anuales
- Elaboración de informe definitivo

Minuto [00:18:28] Informes Completos de ETS

Santiago Torales: Con respecto a los informes completos, esto tiene un desarrollo un poco más intensivo. Obviamente, se evalúan las perspectivas, las poblaciones objetivo y estos criterios que nombré antes, pero luego hay un espacio de discusión en la Mesa Técnica donde, dentro de los atributos del Marco de Valor, el atributo económico es particularmente sensible -ahora voy a mostrar un ejemplo de eso-, y se desglosa en sub-ítems que son: relación entre gasto y ahorro de incorporación potencial de esa tecnología, el impacto económico que podría tener la intervención versus el comparador, y la certeza de la evaluación económica que sustentaría este análisis que es elaborado por los grupos trabajo y que es sometido a discusión en la Mesa Técnica.

Luego, como para los informes de respuesta rápida, está el criterio como umbral de inversión en tecnología innovadora para el gasto sanitario del país y también se explicitan estos criterios de costos de oportunidad reflejados a través del impacto en cantidad de gastos de salud per cápita anuales o haberes mínimos jubilatorios anuales que serían necesarios incurrir como gasto para incorporar esta tecnología. Eso va incorporado en un informe definitivo.



Santiago Torales

3 y 4. Resultados Mesa Técnica y de Recomendaciones

MESA TÉCNICA: ATRIBUTOS DEL MARCO DE VALOR		MESA DE RECOMENDACIONES						
CERTEZA DE LA EVIDENCIA	ALTA	BAJA	ALTA	MODERADA	MODERADA	MODERADA	MODERADA	MODERADA
MAGNITUD DEL BENEFICIO	INSIGNIFICANTE	PEQUEÑO	MODERADO	MODERADO	MODERADA	GRANDE	GRANDE	GRANDE
MAGNITUD DEL RIESGO	INSIGNIFICANTE	PEQUEÑO	MODERADO	INSIGNIFICANTE	MODERADA	PEQUEÑO	INSIGNIFICANTE	INSIGNIFICANTE
IMPACTO RELACIÓN GASTO / AHORRO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	GASTO EXTENSO	AHORRO MODERADO
IMPACTO ECONÓMICO INTERVENCIÓN VS COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	CLARAMENTE COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	PROBABLEMENTE COMPARADOR	CLARAMENTE INTERVENCIÓN
CERTEZA DE LA EVALUACIÓN ECONÓMICA	ALTA	MODERADA	BAJA	ALTA	BAJA	MODERADA	BAJA	BAJA
IMPACTO EN LA EQUITAD	SIN IMPACTO	PROBABLEMENTE INEQUITATIVO	PROBABLEMENTE EQUITATIVO	PROBABLEMENTE EQUITAD	PROBABLEMENTE INEQUITATIVO	PROBABLEMENTE INEQUITATIVO	PROBABLEMENTE EQUITATIVO	PROBABLEMENTE EQUITATIVO
IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA	PROBABLEMENTE NEGATIVO	PROBABLEMENTE NEGATIVO	PROBABLEMENTE POSITIVO	PROBABLEMENTE POSITIVO	SIN IMPACTO	PROBABLEMENTE POSITIVO	PROBABLEMENTE NEGATIVO	PROBABLEMENTE POSITIVO

Minuto [00:20:22] Resultados de la Mesa Técnica y Recomendaciones

Santiago Torales: Esto se integra en una tabla final que se traduce en una semaforización. Acá como ven están los 5 atributos desglosados en sub-ítems y esto genera una serie de resultados en las votaciones en base a la graduación que mostré en el slide anterior.

Esto indica, de acuerdo con la mayor cantidad de color verde, por un lado, que sería la mayor tendencia positiva de la incorporación de la tecnología; y si nos corremos hacia el amarillo, naranja y rojo tendríamos la mayor complejidad. Como ven, acá en la fase central están los componentes que tienen que ver con la evaluación económica y casi todas las tecnologías acá están listadas, las 8 tecnologías que evaluó CONETEC el año pasado, tuvieron un enorme componente de gasto por el precio unitario que tenía y el costo de administración de los fármacos, lo cual generaba este tipo de resultados incluso con el comparador.

Esta información que sale de la Mesa Técnica es llevada a la Mesa de Recomendaciones que hace un dictamen en 3 sentidos: cubrir la tecnología, no cubrir la tecnología o cubrirla de manera condicional. Estos fueron los resultados que surgieron de la votación de estas tecnologías, 3 fueron votadas para no ser cubiertas; 4 con cobertura condicional, de hecho, el principal driver de la cobertura condicional tuvo que ver con un ajuste en los gastos; y una tecnología que como ven por el color también de los

dictámenes de la Mesa Técnica, fue sugerida para su inclusión en la cobertura.

Minuto [00:21:58] Herramienta para la definición de cobertura

Santiago Torales: ¿Cómo se implementa esto a nivel de la fragmentación de financiamiento en nuestro país?

Primero, hay que recordar que los informes de la CONETEC no tienen carácter vinculante y esto no nos permite tampoco hacer precios de referencia o umbrales de costo-efectividad por la gran fragmentación de nuestro sistema y las disponibilidades de pago entre los más de 300 financiadores que hay en nuestro país. Lo que si se trata de hacer es generar discusiones participativas entre representantes de organizaciones extra ministeriales o descentralizadas del Ministerio de Salud, para llegar a un consenso de manera sistémica que es lo que se refleja en lo que les mostré recién. Hay a su vez diferentes mecanismos de ajustes en diferentes instancias de participación y nuestro rol como supervisión es justamente facilitar el proceso de discusión dándole absoluta transparencia y publicidad en todos sus pasos.

Finalmente, este resultado puede ser tomado por los financiadores del sistema de salud de la Argentina, y consideramos que, valorando justamente la actualización de la evidencia clínica y de los componentes de eficiencia económica que se vierten en los dictámenes, son herramientas para definir los propios procesos de negociación, modelos asistenciales o cobertura en tecnologías que decida cada financiador dentro de su marco de prestaciones y de su (NE [00:23:19]) presupuestaria.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec>

Repositorio de enlaces: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/enlaces>

Herramienta de Priorización: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/documentos-tecnicos>

Informes de Respuesta Rápida: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/informes-de-respuesta-rapida>

Actualizaciones de evidencia COVID-19: <https://www.argentina.gob.ar/salud/conetec/actualizaciones>

Informes Completos de ETS: <https://www.argentina.gob.ar/conetec/informes-de-ets>

Minuto [00:23:20] Enlaces de contacto

Santiago Torales: Para cualquier duda ahí está nuestra página. Nosotros todo lo tratamos de hacer absolutamente transparente y público, y estos son los enlaces a cada una de las cosas que les mostré recién. Dejo acá y quedo a la escucha de lo que sigue y para el taller. Gracias.

Minuto [00:23:36] Úrsula Gideon: Muchísimas gracias, Santiago. Tu intervención daría para 2 horas de taller en sí, pero como tenemos un programa bien ocupado, yo sugiero que de una vez sigamos con la siguiente presentación no sin decir que creo que lograste de una vez lanzarnos a la temática, o sea, cómo se ve eso en la realidad.

Muchas gracias, Santiago. Profesor Drummond, adelante.

PRESENTACIÓN MICHAEL DRUMMOND



Economic Considerations for the Prioritization of Health Resources

Michael Drummond
Professor of Health Economics
University of York

Minuto [00:24:08] Michael Drummond: Thank you and thanks for inviting me to this meeting, I was very pleased to participate in the production of the Technical Report with Andres.

Background

- One important consideration in the prioritization of health resources is that they are used efficiently, so as to maximize population health from the resources available
- The central concept in economics is **opportunity cost**; under scarcity of resources, the cost of using a resource is the value in its best alternative use
- The opportunity cost is more noticeable in public health care systems operating with a fixed budget
- In social security or private systems, if premiums or payments rise, the opportunity cost is incurred elsewhere in the economy
- Failure to consider opportunity costs can lead to reductions in overall public health or escalating health care costs

1.4: 2

Minuto [00:24:32] Background

Michael Drummond: I'm going to talk about some of the economic considerations and I'll be touching on some of the underlying concepts behind the Technical Report and Andres will go into more detail on the report itself.

So, as it's being said already, economic efficiency is one of the most important considerations in the prioritization of health resources, and the central concept here is the concept of opportunity cost, which means that if we have scarcity of resources the cost of using the resource is the value that it would have generated in its best alternative use. So when we use the resource, of course we get benefit in treating that group of patients but we also forgo an opportunity to treat other patients with the same resources.

And the opportunity cost is more noticeable in public health care systems operating with a fixed budget, so, in my country England, decision makers are very conscious of the fact that if they spend money on a new technology something else in the system has to be displaced to pay for it because the budget is fixed.

In the case of social security or privately funded health care systems the opportunity cost is maybe

not so immediate but, of course if premiums or payments by patients rise. The opportunity cost is incurred elsewhere in the economy for example in less consumption.

So, failure to consider opportunity cost can either lead to reductions in the overall public health or escalating health care costs.

The use of economic evaluation

- Many health care systems are using economic evaluation to ensure that resources are used efficiently
- In these studies, the costs and benefits of different health interventions are compared
- There are several forms of economic evaluation; they all share the same aim but differ in how the benefits are valued
- The form most widely used by decision-makers is **cost-effectiveness analysis**, using a clinical outcome or generic measure of health gain as the measure of effect

1.1: 3

Minuto [00:26:25] The use of economic evaluation

Michael Drummond: So, how do we deal with this issue? As Santiago mentioned, a number of countries are using economic evaluation to help them set priorities, and in these studies, the cost and benefits of different health interventions are compared and if you read upon economic evaluation you will see that there are several forms of economic evaluation, for example, cost-benefits analysis, cost-effectiveness analysis and so on, but they all share the same aim and they only differ in how the benefits are valued.

Now, the form that's most widely use and the one we're going to talk more about today is cost-effectiveness analysis where either a clinical outcome or generic measure of health gain is used as the measure of effect.

Decisions for which economic evaluation can be useful

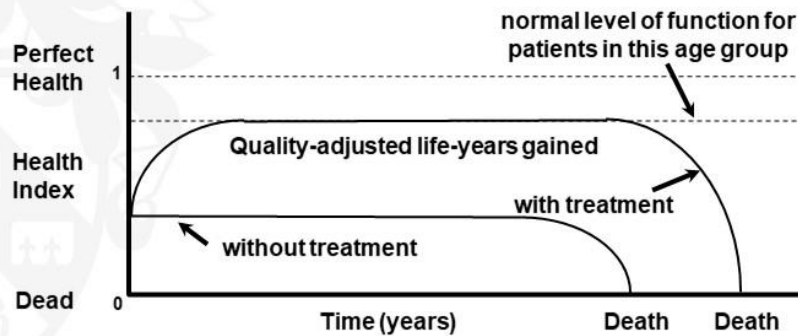
- Introducing an immunization or screening programme
- Listing a drug on the national approved 'positive list'
- Determining whether to fund expensive, new hospital equipment
- Determining the composition of the health benefits package
- Determining which patient populations should have priority for a given treatment or intervention

1.4: 4

Minuto [00:27:31] Decisions for which economic evaluation can be useful

Michael Drummond: I talked about a generic measure of health gain and the one we tend to use is the Quality-Adjusted Life-Years and we can use economic evaluation in decisions on immunization or screening programs, listing a drug on the national approved "positive list" for drugs, determining whether to fund expensive new hospital equipment, and probably the most important in the context of universal health care, the composition of the health benefits package, and also we can use it to determine which patient populations should have priority for a given treatment, even the capacity to benefit from it.

Quality-adjusted life-years Gained by treatment



Minuto [00:28:26] Quality-adjusted life-years Gained by Treatment

Michael Drummond: So, the generic measure of health gain that is often used is the Quality-Adjusted Life-Years and there's a similar one used by the World Health Organization called the Disability-Adjusted Life-Years (DALY) and essentially, they are similar (concepts [00:28:47]). The patient has a condition, without treatment they will be in less than perfect health and at some point they will die from their illness and if we could give them a treatment, the treatment could do one of two things: it could extent their life or it could improve their quality of life or do both of those things, and so, the area between those two curves is the Quality-Adjusted Life-Years gained from giving that treatment.

Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)

$$\text{ICER} = \frac{(\text{Cost}_{\text{newRx}} - \text{Cost}_{\text{comparatorRx}})}{(\text{Effects}_{\text{newRx}} - \text{Effects}_{\text{comparatorRx}})}$$

Examples: Incremental cost per life-year gained
Incremental cost per QALY gained
Incremental cost per DALY gained

1.1: 6

Minuto [00:29:22] Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER)

Michael Drummond: When we do these studies, we calculate the Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) and what this is, is a comparison between a new therapy that we are thinking of introducing and the cost of the current standard of care. So, we want to see how much the extra cost is in relation to the extra effects generated by switching to the new therapy.

And so, we can express the results of these studies in terms of incremental cost per life-year gained, incremental cost for Quality-Adjusted Life-Years gained or incremental cost for Disability-Adjusted Life-Years gained.

The cost-effectiveness threshold

- In order to interpret the results of a cost-effectiveness analysis, it is necessary to decide on the 'threshold', or maximum ICER, in terms of willingness-to-pay for a unit of health gain (eg QALY or DALY)
- Historically cost-effectiveness thresholds have been set based on previous decisions, or in relation to GDP per capita
- Economists argue that, under a budget constraint, the threshold should reflect the *opportunity cost of the health forgone* when services are displaced to accommodate a new therapy

1.4: 7

Minuto [00:30:11] The cost-effectiveness threshold

Michael Drummond: One of the things we need to interpret results in the cost-effectiveness analysis is a notion of what we call the threshold or the maximum Incremental Cost-Effectiveness Ratio in relation to a willingness to pay for a unit of health gain. So, we would have a threshold of a giving level of cost per QALY or cost per DALY that we would be willing to accept in adopting a new therapy, and historically this thresholds have been set based on previous decisions that agencies made or in relation to Gross Domestic Product (GDP) per capita, but economist argue that under a budget constraint the threshold should reflect the opportunity cost of health forgone when services are displaced to accommodate a new therapy.

NICE's Use of Cost per QALY Thresholds in its Technology Appraisals

Flexible decision-making: current approach



NICE: National Institute for Health and Care Excellence (UK)

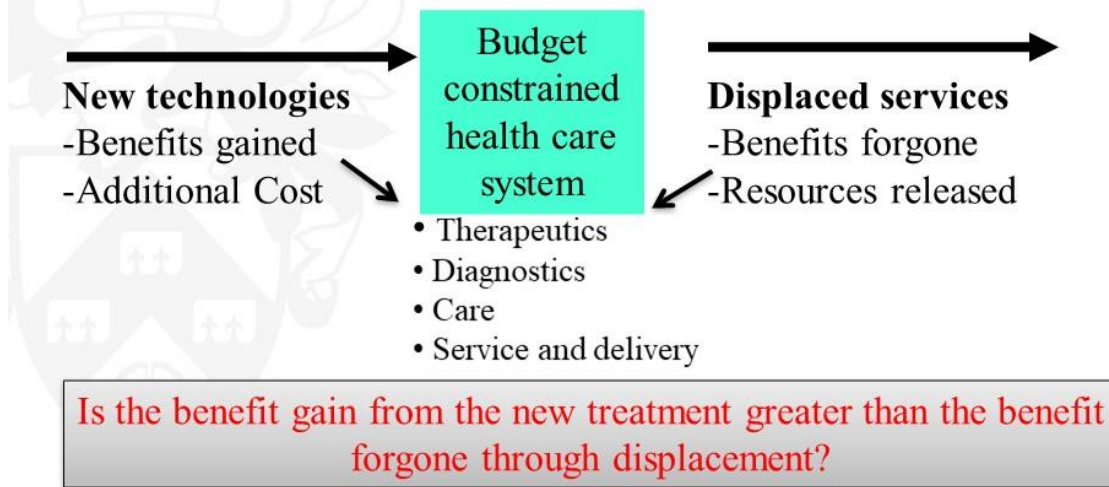
Minuto [00:31:22] NICE's Use of Cost per QALY Threshold in this Technology Appraisals

*NICE= National Institute for Health and Care Excellence (UK)

Michael Drummond: So, this is the cost-effectiveness threshold that our National Institute for Health and Care Excellence in the UK uses, that basic threshold or the ICER that they would normally allow is 20.000 pounds per QALY, and if there's another condition solving, for example, the Quality-Adjusted Life-Years doesn't fully capture the increments in quality of life or the technologies viewed as being innovative or it perhaps helps generate more equality in the health care system, then the ratio or the acceptable threshold could go up to 30.000 ICER per QALY and then, for therapies that are given near the end of life such as cancer therapy for very serious cancer, the threshold can go up to 50.000 pounds per Quality-Adjusted Life-Year.

So, the 20.000 per QALY is just short of 1 GDP per capita for the UK.

Opportunity Cost as a Basis for the Cost-Effectiveness Threshold



Minuto [00:32:50] Opportunity Cost as a basis for the Cost-Effective Threshold

Michael Drummond: So, basically what we're saying is, if you want to get new therapies to be into the system in a budget constrained system, there are displaced services, and the question we're always asking ourselves is: is the benefit gain from the new treatment greater than the benefit forgone through displacement of other treatments?

Pros and cons of explicit thresholds

Advantages

- Encourages consistency in decision-making
- More transparent
- The threshold can be inferred from previous decisions anyway

Disadvantages

- Can be difficult to estimate the opportunity cost of health precisely
- Technology manufacturers may price up to the threshold
- Transparency is valued differently in different cultures

Minuto [00:33:17] Pros and cons of explicit thresholds

Michael Drummond: So, what about the pros and cons of having one of these explicit thresholds? There are a number of advantages having an explicit threshold. It does encourage consistency in decision-making across the whole health care programs, is more transparent, everybody knows where they stand and the threshold actually can also be inferred from previous decisions, even if you don't make it explicit.

But, there are some disadvantages, as Andres will explain, it can be difficult to estimate the opportunity cost of health in a given country, but, a number of countries have tried that and in the Technical Note we say a lot more about it. Also, in the case of technologies that have a manufacturer, such as the pharmaceutical, the threshold may be an invitation to the technology manufacturer to price up to this threshold, although in actual fact, in my experience, technology manufacturers in the UK are having to price downwards to meet the threshold.

And also, is worth recognizing that transparency is valued differently in different cultures, in the Anglo-Saxon culture it tends to be quite important to be transparent but that's not the same everywhere in the world.

Considering Other Factors Alongside Cost-Effectiveness

- The QALY or DALY (as a measure of the value of health gain) may not reflect all elements of value
- All QALYs/DALYs may not be worth the same (eg we may care about the severity of disease)
- In allocating health care resources, we may care about other factors, such as equity and social justice
- Some take account of these factors explicitly, through the use of 'modifiers'; others consider them in a 'deliberative decision-making' process

Minuto [00:34:55] Considering Other Factors Alongside Cost-Effectiveness

Michael Drummond: I mentioned that the QALY or DALY may not reflect all the elements of value, so, for example, we may want to give a premium for a treatment of a very severe disease, we might care about other things such as inequity in health care or in social justice. So, in taking account of this factors we can either do that explicitly, and one thing we discussed in the technical note is the use of what we called modifiers, or they can be taken account of in the deliberative decision making process.

Modifiers* used by the Scottish Medicines Consortium (SMC)¹



Evidence of a substantial increase in life expectancy (>3 months)

Absence of other therapeutic options of proven benefit



Evidence of a substantial improvement in quality of life



Possible bridging to another proven therapy



Evidence that a sub-group may derive specific or extra benefit



Emergence of a licensed medicine as the only therapeutic option for a specific indication

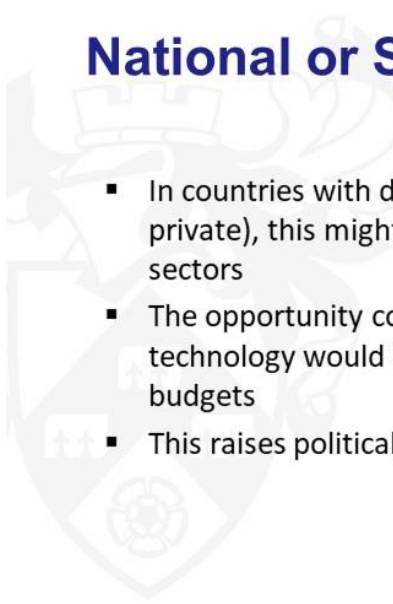
*Modifiers represent situations where a higher cost per quality-adjusted life year threshold may be accepted.
SMC, Scottish Medicines Consortium.
1. SMC (2012). SMC modifiers used in appraising new medicines. Available at:
<https://www.scottishmedicines.org.uk/media/3565/modifiers.pdf> Last accessed: November 2020.

12

Minuto [00:35:38] Modifiers used by the Scottish Medicines Consortium (SMC) *Modifiers represent situations where a higher cost per QALY threshold may be accepted.

Michael Drummond: And this is just showing you some of the modifiers that are used in the UK by the Scottish Medicines Consortium, so they will allow a higher cost-effectiveness threshold if there's evidence of substantial aid in life expectancy, or improvement in quality of life, where there's evidence that a sub-group of patients may derive specific or extra benefit, where the therapy is one where there's an absence of other therapeutic options of proven benefit for those patients, also the possibility of bridging to another proven therapy, for example, giving a patient a therapy that will keep them alive long enough to benefit from new interventions that are in progress, so those are the main thresholds modifiers that they use.

National or Sectorial Thresholds?

- 
- In countries with different health sectors (eg public, social security, private), this might also imply different thresholds for different sectors
 - The opportunity cost on the budget of adopting a given new health technology would be different if the various sectors have different budgets
 - This raises political, as well as technical, issues

Minuto [00:36:39] National or Sectorial Thresholds?

Michael Drummond: So, in a country in Latin America, obviously you would have different health sectors operating alongside each other in most countries, for example, the public system, the social security system and private system, and this may imply different thresholds for different sectors, because the opportunity cost on the budget of adopting a given new health technology may be different in those various sectors because they have different budgets.

And I understand that in comparison with the UK with one national health system this may raise some political issues as well as technical issues.

Conclusions

- The use of economic considerations in the prioritisation of health resources is desirable, but raises challenges
- Countries adopting economic evaluation in their decision-making require guidance on how to overcome the challenges

1.4: 14

Minuto [00:37:26] Conclusions

Michael Drummond: So, the use of economic evaluations in the prioritization of health resources is desirable but it raises certain challenges, but most of them can be overcome as we've heard already, and countries adopting economic evaluation in their decision making may need guidance on how to overcome some of these challenges, and that really was one of the purposes of the technical note which Andres will discuss in more detail in a moment.

So, thank you very much and I will finish at that point.

Minuto [00:38:09] Úrsula Gideon: Muchísimas gracias doctor Drummond por esta fantástica introducción a los conceptos básicos relacionados con el análisis de la evidencia económica en la toma de decisiones de cobertura y le quiero agradecer especialmente el énfasis que ha puesto en el concepto de costo-oportunidad que es un tema que lastimosamente se usa aún demasiado poco en nuestra región, así que nuevamente muchísimas gracias. Con esto paso a nuestro siguiente experto, Andrés bienvenido.

PRESENTACIÓN ANDRÉS PICHON-RIVIERE

Uso de la evidencia económica en la toma de decisiones – 6 de Octubre 2021, Diálogo Técnico BID

Herramientas para facilitar la utilización de la información de costo-efectividad e impacto presupuestario en la toma de decisión en los países de Latinoamérica: Presentación de la Nota Técnica “Uso de la evidencia económica para la toma de decisiones”.

Prof. Andrés Pichon-Riviere MD MSc PhD
Director Ejecutivo – Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)
Director de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas
Profesor de Salud Pública – Universidad de Buenos Aires
Investigador CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas)

Minuto [00:38:54] Andrés Pichon-Riviere: Muchas gracias, Úrsula.

Minuto [00:39:07] Uso de la evidencia económica en la toma de decisiones (25)

Andrés Pichon-Riviere: Antes que nada, quería agradecer a BID, a Úrsula y a toda la Red de Criterias por todo el apoyo que dieron para la creación de esta Nota Técnica en su momento. También a Santiago Torales en el Ministerio de Salud por el interés en el trabajo y también en promover esta difusión, y a mis colegas, a Michael Drummond, a Federico Augustovski y a Sebastián García Martí que son con quienes preparamos este documento.



<https://criteria.iadb.org/es/aplicacion-de-la-evidencia-economica>



Minuto [00:39:38] El objetivo de la Nota Técnica

Un poco el objetivo en estos breves minutos es presentar un resumen de esta Nota Técnica que estamos viendo hoy. Esta Nota surgió en el año 2019, en ese momento la Argentina estaba discutiendo una ley para la creación de una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias y el BID tuvo el interés en ese momento de apoyar la creación de un documento que le facilitase a una agencia en sus comienzos a utilizar la evidencia económica. Eso fue lo que generó el interés en esta Nota.

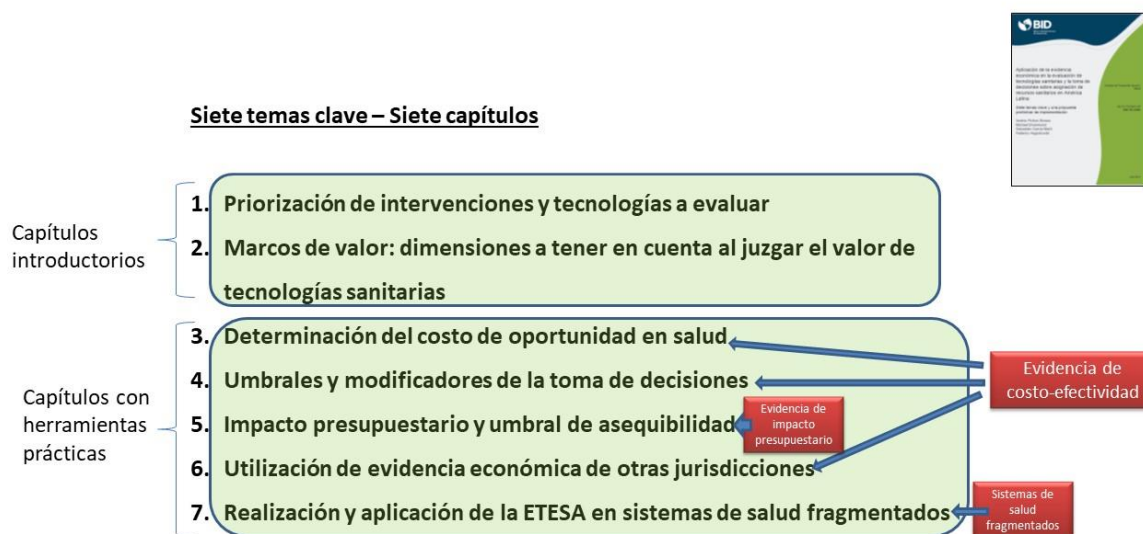
Me imagino que todos los que están participando del webinar coinciden en que la consideración de la evidencia económica es clave cuando uno tiene que tomar decisiones sobre cobertura y sobre uso de recursos sanitarios. Creo que es un consenso en el mundo de que no es posible tomar decisiones justas, equitativas y eficientes si ignoramos la evidencia económica, si no conocemos cuáles son las relaciones que existe entre los costos que implica adoptar una tecnología y sus beneficios. Si bien obviamente no es la única información que hay que tener en cuenta para tomar una decisión, no es posible tomar buenas decisiones si eso no se conoce.

Pero hay muchas barreras también para utilizar esa información, todos los que vivimos en Latinoamérica lo sabemos. La evidencia de efectividad quizás se puede extrapolar de otros contextos, podemos utilizar los estudios clínicos realizados en otros lugares; la evidencia de seguridad también;

pero la evidencia económica es muy local, es muy costoso y lleva mucho tiempo y se requiere técnicos muy especializados para utilizarla y para generarla, por lo que es habitual que en todo Latinoamérica tengamos un déficit comparado con otros países, por lo que se utiliza mucho menos de lo que se debería esta evidencia para tomar decisiones, cuando justamente es en regiones como Latinoamérica donde más necesario es tenerla. Así que el objetivo de esta Nota Técnica fue dar algunas herramientas para facilitar a las agencias de la región utilizar de la mejor manera posible la evidencia económica.

Surgió a raíz de Argentina, pero después se amplió para toda Latinoamérica porque es un tema común para toda la región.

En la elaboración de la Nota, también en su momento participaron decisores sanitarios, grupos de pacientes, industria, agencia de evaluación de tecnologías sanitarias, así que se trató en su momento de recabar muchas miradas. Le agradecemos también a esos tan mencionados en la Nota Técnica, a todos los que participaron e hicieron su aporte.



Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:42:14] Capítulos de la Nota Técnica

Andrés Pichon-Riviere: La nota tiene 7 capítulos, ahí lo van a ver. Los 2 primeros son más que todo introductorios. El primero es cómo priorizar qué intervenciones evaluar, ya que las agencias no tienen la capacidad de evaluar todo los temas, así que elegir cuáles se van a evaluar es muy importante; y el segundo es sobre marcos de valor y qué dimensiones tener en cuenta al momento de juzgar el valor de las tecnologías sanitarias, en donde la evidencia económica es una de esas dimensiones, pero hay otras. Estos son dos capítulos un poco para dar el marco.

Después hay 5 capítulos que son más prácticos, que ofrecen herramientas muy prácticas para las agencias y para los tomadores de decisión. Los capítulos 3, 4 y 6, dan herramientas para poder utilizar la evidencia de costo-efectividad. Después tenemos el capítulo 5 que se refiere a cómo utilizar la evidencia de impacto presupuestario y el capítulo 7 también trata un tema común a muchos países de las regiones: ¿Qué hacer con esa evidencia económica? ¿Cómo interpretarla? ¿Cómo generarla? ¿Cómo usarla en sistemas de salud fragmentados?

Barreras para la aplicación de la evidencia económica de costo-efectividad

Barrera 1: Falta de un umbral local.

Herramienta: Cómo determinar si una tecnología o intervención resulta costo-efectiva en mi contexto

Cap.
3

Barrera 2: Falta de una regla de decisión.

Herramienta: De qué forma podrían influir en mi umbral de costo-efectividad criterios y dimensiones no económicos al momento de definir la cobertura o inclusión de las tecnologías en los paquetes de beneficio

Cap.
4

Barrera 3: Falta de evidencia económica local.

Herramienta: Qué puede decirnos la evidencia económica generada en otras jurisdicciones

Cap.
6

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



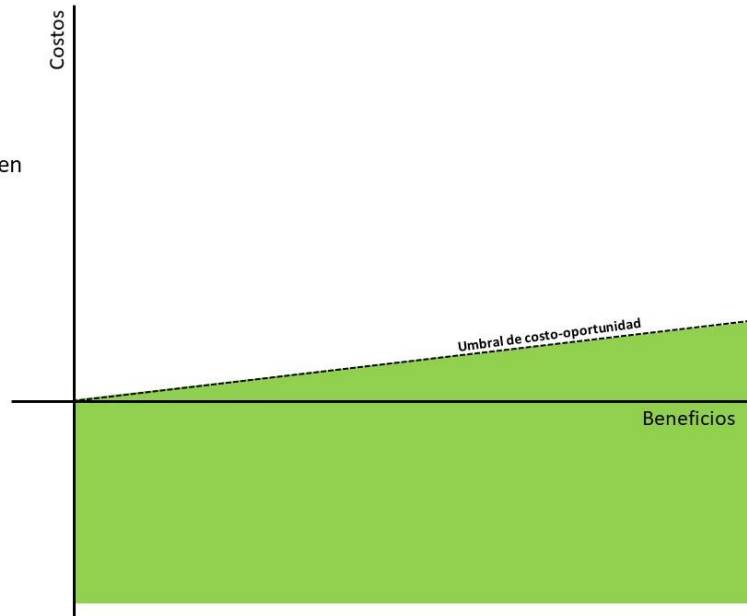
Minuto [00:43:32] Barreras para la aplicación de la evidencia de costo-efectividad

Andrés Pichon-Riviere: Como dije, hay 3 capítulos dedicados a la evidencia de costo-efectividad de las intervenciones, y que apuntan a solucionar 3 barreras que enfrentan las agencias en Latinoamérica. Una barrera es que falta un umbral de costo-efectividad local ya que los decisores, quizás, tienen una evaluación económica pero no tienen un umbral contra el cual comparar y juzgar si esa intervención es costo-efectiva, así que la herramienta busca determinar justamente eso.

La otra barrera es la falta de una regla de decisión para poner en contexto la evidencia económica junto con otros elementos. Acá la herramienta busca responder la pregunta: ¿De qué forma pueden influir en el umbral de costo-efectividad otras dimensiones y criterios no-económicos? Ese es el capítulo 4.

Finalmente, el capítulo 6 es qué podemos hacer cuándo no hay estudios de evaluación económica en el país, para tratar de tener al menos alguna aproximación sobre la potencial costo efectividad de esa intervención.

Barrera: Falta de un umbral local.
¿Cómo saber si una tecnología o intervención resulta costo-efectiva en mi contexto?



Minuto [00:44:37] Barrera: Falta de un umbral local

Andrés Pichon-Riviere: Así, bueno, como dije, el capítulo 3 es quizás la situación menos frecuente en Latinoamérica, lamentablemente, pero puede pasar que una agencia tenga la suerte de tener una evaluación económica local en su país y conocer la tasa de costo-efectividad incremental de una tecnología, pero al no tener un umbral contra el cual comparar, es difícil juzgar si es o no es costo-efectivo.

Tabla 3-2. Estimaciones del costo de oportunidad en diferentes países de América Latina, extrapolados a partir de los resultados obtenidos en estudios internacionales (dólares de 2016; entre paréntesis: fracción del PIB 2016)

País	Estimación central	Rango inferior	Rango superior
Argentina	11.196 (0.9)	7.464 (0.6)	14.927 (1.2)
Belice	3.433 (0.7)	2.289 (0.5)	4.577 (0.9)
Bolivia	2.272 (0.7)	1.515 (0.5)	3.029 (1.0)
Brasil	8.601 (1.0)	5.734 (0.7)	11.468 (1.3)
Chile	11.406 (0.8)	7.604 (0.6)	15.208 (1.1)
Colombia	3.989 (0.7)	2.659 (0.5)	5.318 (0.9)
Costa Rica	9.041 (0.8)	6.028 (0.5)	12.055 (1.0)
Cuba	8.119 (1.0)	5.412 (0.7)	10.825 (1.3)
Ecuador	4.923 (0.8)	3.282 (0.5)	6.564 (1.1)
El Salvador	2.968 (0.8)	1.979 (0.5)	3.957 (1.0)
Guatemala	2.820 (0.7)	1.880 (0.5)	3.760 (0.9)
Honduras	1.920 (0.8)	1.280 (0.6)	2.560 (1.1)
México	5.702 (0.7)	3.801 (0.4)	7.602 (0.9)
Nicaragua	1.778 (0.8)	1.185 (0.6)	2.371 (1.1)
Panamá	10.847 (0.8)	7.231 (0.5)	14.463 (1.0)
Paraguay	3.713 (0.7)	2.475 (0.5)	4.950 (0.9)
Perú	3.988 (0.6)	2.659 (0.4)	5.318 (0.9)
Uruguay	13.010 (0.8)	8.674 (0.6)	17.347 (1.1)



$$OC_{US\$} = \frac{HEpc \cdot R_{HEpc} + GDPpc \cdot R_{GDPpc}}{2}$$

Donde $OC_{US\$}$ es la estimación del costo de oportunidad; $HEpc$ es el gasto en salud per cápita y $GDPpc$ es el valor del PIB per cápita del país o sistema de salud para el cual se quiere estimar el costo de oportunidad; R_{HEpc} es el múltiplo de gastos en salud per cápita y R_{GDPpc} es el múltiplo de PIBs per cápita utilizados como referencia para estimar el costo de oportunidad.

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar

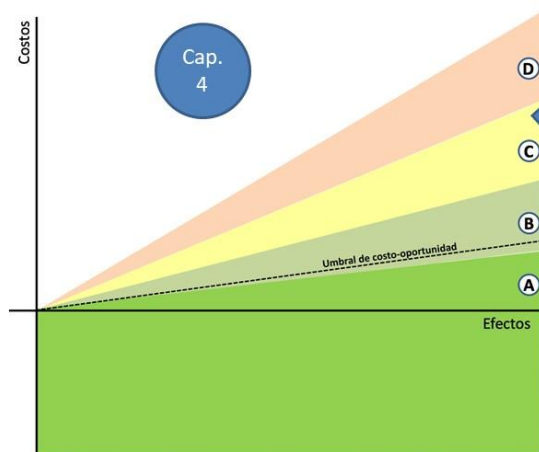


Minuto [00:45:01] Estimaciones del costo de oportunidad en algunos países de Latinoamérica y el Caribe

Andrés Pichon-Riviere: Como mencionó Michael recién, ese umbral ideal, todos los economistas coinciden en que debería ser el umbral de costo-oportunidad. Así que en el capítulo 3 lo que nosotros proveemos es una estimación. No voy a entrar en detalle aquí en aspectos metodológicos, en la Nota Técnica está todo detallado, pero haciendo un análisis de cómo son los umbrales en distintas partes del mundo, nosotros ofrecemos una primera aproximación que puede ser utilizada como referencia de cuál puede ser ese umbral de costo-oportunidad en cada país de la región. Vemos, por ejemplo, que para Argentina está estimada en cerca de US\$11.000, en Brasil en US\$8.000, y vemos también que en todos o casi todos los casos, esa estimación nuestra del umbral de costo-oportunidad, está por debajo de un Producto Interno Bruto per cápita para todos o casi todos los países.

Barrera: Falta de una regla de decisión.

¿De qué forma podrían influir en mi umbral de costo-efectividad criterios y dimensiones no económicos al momento de definir la cobertura o inclusión de las tecnologías en los paquetes de beneficio?



CATEGORIA C

- Presentan un buen desempeño en dimensiones consideradas relevantes por el marco de valor local.
- Hay una certeza razonable de que la nueva tecnología puede ofrecer una mejora sustancial de la expectativa de vida. Por ejemplo, límite inferior del intervalo de confianza para la estimación de la mejora en la supervivencia global de al menos 0,25 años de vida o su equivalente en AVACs; o la intervención es un puente necesario para llegar a otro tratamiento efectivo.
- Afecta a una población pequeña y no representa un alto impacto presupuestario.
- No existen otras alternativas terapéuticas.

- Buen desempeño dominios relevantes, que podrían ser cubiertas a pesar de no presentar un perfil óptimo de costo-efectividad.

- Tecnologías costo efectivas o costo ahorrrativas que el sistema querría incorporar

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



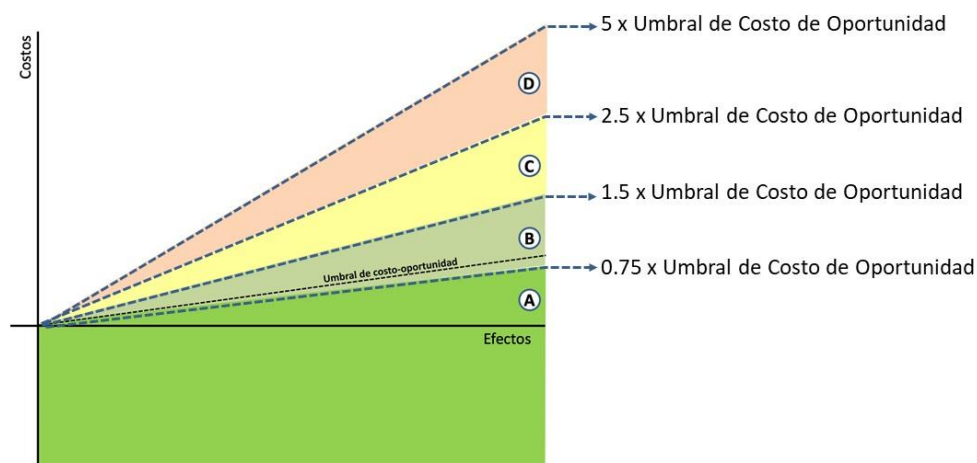
Minuto [00:45:53] Barrera Falta de una regla de decisión

Andrés Pichon-Riviere: La segunda barrera es que la evidencia económica es importante ya que este es un punto más controversial el que voy a tratar ahora. Si bien desde el punto de vista económico el único umbral relevante debería ser el de costo-oportunidad, porque cubrir tecnologías por arriba de su umbral implica que estamos perdiendo salud, estamos haciendo un uso ineficiente, es muy común que muchísimos países del mundo, bajo ciertas circunstancias, deciden que de todas maneras quieren cubrir ciertas tecnologías, aunque no sean estrictamente costo-efectivas -lo mostró Michael en el caso del Reino Unido. Si un país decide hacer eso, nosotros no lo podemos decidir, es una decisión que toma cada país, pero si un país decide hacer eso, es muy importante que esa decisión tenga reglas muy claras porque eso implica decidir hacer un uso entre comillas ineficiente, quizás justificado porque es una tecnología valorada por otras dimensiones, pero también debería haber reglas muy claras y transparentes de en qué casos eso se va a aceptar.

Así que en el capítulo 4, nosotros también proponemos cierta aproximación que puede ser útil para algunos países donde clasificamos a las tecnologías en distintas categorías. Las que figuran como A en la tabla presentada, que son muy costo-efectivas o costo-ahorrativas. Otra categoría B que son tecnologías que quizás no son estrictamente costo-efectivas, pero son valoradas por otros aspectos

en ese sistema de salud, por ejemplo, porque mejoran la equidad, porque son dirigidas a algún problema de salud que es importante para la sociedad. Después tenemos una categoría C que se propone en la Nota Técnica en la que el caso típico son los medicamentos oncológicos, pero también poniendo ciertos límites, no es cualquier medicamento oncológico, tienen que ser aquellos que hayan tenido buena evidencia de mejorar la sobrevida global en al menos ciertos mínimos que afecten una población pequeña, que no tenga umbral impacto presupuestario. Y una categoría D para drogas huérfanas, sobre todo.

Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Desde costo-ahorrativo hasta un máximo de 0,75 CO	Desde costo-ahorrativo hasta un máximo de 1,5 CO	Desde costo-ahorrativo hasta un máximo de 2,5 CO	Desde costo-ahorrativo hasta un máximo de 5 CO



Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:48:04] Clasificación en 4 categorías

Andrés Pichon-Riviere: ¿Para qué sirve o por qué esta clasificación en 4 categorías? Porque acá nosotros también proponemos que se puede utilizar un umbral de toma de decisión diferente para estas categorías. Por ejemplo, para las drogas oncológicas una posibilidad sería que un país diga que considera aceptable la cobertura, aquellos, como dije, que tienen muy buena evidencia, que proveen muy buenos beneficios clínicos de hasta 2.5 veces el umbral de costo de oportunidad. Así que eso también en la Nota está detallado.

País	Estimación central		País	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Argentina	11,196 (0.9)	→	Argentina	8,397 (0.7)	16,793 (1.3)	27,989 (2.2)	55,978 (4.4)
Belice	3,433 (0.7)		Belize	2,575 (0.5)	5,149 (1.1)	8,582 (1.8)	17,165 (3.5)
Bolivia	2,272 (0.7)		Bolivia	1,704 (0.6)	3,408 (1.1)	5,680 (1.8)	11,360 (3.7)
Brasil	8,601 (1.0)		Brazil	6,451 (0.7)	12,901 (1.5)	21,502 (2.5)	43,005 (4.9)
Chile	11,406 (0.8)		Chile	8,554 (0.6)	17,109 (1.2)	28,515 (2.1)	57,030 (4.1)
Colombia	3,989 (0.7)		Colombia	2,991 (0.5)	5,983 (1.0)	9,972 (1.7)	19,943 (3.4)
Costa Rica	9,041 (0.8)		Costa Rica	6,781 (0.6)	13,562 (1.2)	22,604 (1.9)	45,207 (3.9)
Cuba	8,119 (1.0)		Cuba	6,089 (0.8)	12,178 (1.5)	20,297 (2.5)	40,593 (5.0)
Ecuador	4,923 (0.8)		Ecuador	3,692 (0.6)	7,384 (1.2)	12,307 (2.0)	24,613 (4.1)
El Salvador	2,968 (0.8)		El Salvador	2,226 (0.6)	4,452 (1.2)	7,420 (2.0)	14,839 (3.9)
Guatemala	2,820 (0.7)		Guatemala	2,115 (0.5)	4,230 (1.0)	7,050 (1.7)	14,099 (3.4)
Honduras	1,920 (0.8)		Honduras	1,440 (0.6)	2,880 (1.2)	4,800 (2.1)	9,600 (4.1)
Mexica	5,702 (0.7)		Mexico	4,276 (0.5)	8,552 (1.0)	14,254 (1.6)	28,508 (3.3)
Nicaragua	1,778 (0.8)		Nicaragua	1,334 (0.6)	2,667 (1.3)	4,445 (2.1)	8,891 (4.2)
Panamá	10,847 (0.8)		Panama	8,135 (0.6)	16,271 (1.1)	27,118 (1.9)	54,236 (3.8)
Paraguay	3,713 (0.7)		Paraguay	2,785 (0.5)	5,569 (1.0)	9,282 (1.7)	18,564 (3.5)
Perú	3,988 (0.6)		Peru	2,991 (0.5)	5,982 (1.0)	9,971 (1.6)	19,942 (3.2)
Uruguay	13,010 (0.8)		Uruguay	9,758 (0.6)	19,516 (1.3)	32,526 (2.1)	65,052 (4.2)

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:48:33] Estimación central por país

Andrés Pichon-Riviere: Aquí vemos, por ejemplo, para Argentina donde postulamos un posible umbral de costo de oportunidad de cerca de US\$11.000, pero para la categoría C que podrían ser las drogas oncológicas, ese umbral podría extenderse en las situaciones más ideales hasta un máximo de US\$27.000.

Tabla 4-3. Beneficios obtenidos, beneficios perdidos y beneficios netos como consecuencia de dar cobertura a tecnologías en el límite superior de cada categoría

	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Beneficios obtenidos	1 QALY	1 QALY	1 QALY	1 QALY
Beneficios perdidos	0,75 QALY	1,5 QALY	2,5 QALY	5 QALY
Beneficios netos	+ 0,25 QALY	- 0,5 QALY	- 1,5 QALY	- 4 QALY

Minuto [00:48:54] Beneficios obtenidos, perdidos y netos

Andrés Pichon-Riviere: Como dije, esto también es controversial en todos los países porque decidir cubrir por arriba del costo de oportunidad implica perder salud, así que eso también se detalla en la Nota Técnica. Por ejemplo, si un país decide dar cobertura a una tecnología en esta categoría C en el límite superior de este umbral de 2.5 veces el costo de oportunidad, también es una decisión que se tiene que saber que por cada QALY o por cada año de vida ganado, está perdiendo 2.5 años porque esos recursos podrían haber sido utilizados en tecnologías más eficientes, lo cual es un beneficio neto que es negativo. Por eso es tan importante que estas decisiones sean muy explícitas y transparentes porque implican pérdidas de salud, aunque pueden implicar ganancias en otras dimensiones que también son importantes.

Barrera 3: Falta de evidencia económica local.

Herramienta: Dadas las dificultades existentes para generar evidencia económica local, ¿Qué puede decirnos la evidencia económica generada en otras jurisdicciones?

Cap.
6

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:49:42] Barrera 3: falta de evidencia económica local

Andrés Pichon-Riviere: Pero claro, ahora viene esta tercera barrera que quizás es la más común e importante, que muchos países de la región tienen que tomar decisiones sin contar con evaluaciones económicas locales. Entonces esto lo voy a ilustrar mejor con un ejemplo, este es el capítulo 6.



Costa Rica
PIB per cápita US\$11.700
Gasto en salud per cápita US\$889

Nuevo medicamento
biológico para el cáncer



Reino Unido
PIB per cápita US\$40.500
Gasto en salud per cápita US\$3.960

Costa Rica debe tomar una decisión sobre su inclusión en el paquete de beneficios

Costo por paciente: US\$ 18.000 al año

Costo-efectividad en Costa Rica: desconocida

Costo por paciente: US\$ 18.000 al año

Costo-efectividad en UK: US\$ 80.000/QALY

(NICE decidió NO incluir esta droga en la cobertura debido a que no se consideró costo-efectiva)

¿Podemos decir algo sobre la probabilidad de que este nuevo medicamento sea costo-efectivo en Costa Rica?

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:50:00] Ejemplo de barrera 3 en el caso de Costa Rica

Andrés Pichon-Riviere: Supongamos que Costa Rica tiene que tomar una decisión sobre una nueva droga oncológica que tiene un costo de US\$18.000 por año en Costa Rica, y no hay estudios de costo-efectividad. Imaginemos que el Ministro de Salud y la sociedad consideran que tener en cuenta la evidencia económica, la costo-efectividad, es decir, la relación entre los beneficios y los costos, es muy importante para tomar una decisión y el Ministro de Salud le pregunta a la Agencia de Evaluación de Tecnologías de Costa Rica cuál es la costo-efectividad de esta droga (NE [00:50:37]).

La Agencia podría decir: "No, no tenemos información porque no hay ninguna evaluación económica de esta droga en Costa Rica", entonces ¿Qué se hace? ¿No se toma ninguna decisión? ¿Se aguarda a tener una evaluación económica? O lo que es lamentablemente más frecuente, ¿Se toma una decisión sin tener en cuenta la evidencia económica?

Pero fíjense que, en realidad, aunque no haya una evaluación económica en Costa Rica, hay algunos parámetros que pueden dar indicios sobre la costo-efectividad.

Supongamos que en el Reino Unido se hizo una evaluación económica de esta misma droga. Supongamos que este tratamiento cuesta lo mismo en Reino Unido que en Costa Rica, lo cual es

habitual; y que el Reino Unido hizo una evaluación económica y encontró que la costo-efectividad era de US\$80.000 por año de vida ajustado por calidad, y que en base a esto decidió no incluir a este medicamento en la cobertura por considerar que no era costo-efectivo. Fíjense que esto dice mucho porque cuál es la probabilidad de que este medicamento sea costo-efectivo en Costa Rica sino fue costo-efectivo en el Reino Unido que es un país más rico y con un mayor gasto en salud.

Tabla 6-1. Probabilidad de que la tecnología sea costo-efectiva en el contexto local (para esta indicación particular en este grupo de pacientes).

Cap.
6

Información sobre:	Probabilidad de que sea costo-efectiva				
	a. Muy baja	b. Baja	c. Incierta/sin información	d. Moderada	e. Alta
1 Cobertura o inclusión de la tecnología en otros países					
2 Extrapolación cruda de la costo-efectividad en otras jurisdicciones					
3 Estimación del costo-efecto en base al beneficio clínico y costo de la tecnología					

$$RCEI_A = RCEI_O * \frac{P_A}{P_O}$$

Donde RCEI_A es la RCEI ajustada al país de interés, RCEI_O y P_O son la RCEI y precio de la tecnología en el país de origen de la evaluación; y P_A es precio en el país al cual estamos trasladando la RCEI.

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Tabla 6-1. Probabilidad de que la tecnología sea costo-efectiva en el contexto local (para esta indicación particular en este grupo de pacientes).

Cap.
6

Dimensión 2: Extrapolación cruda de la costo-efectividad en otras jurisdicciones

- *Muy baja*. La RCEI ajustada es mayor a 2x el umbral de costo-efectividad definido para esa tecnología e indicación en nuestra jurisdicción.
- *Baja*. La RCEI ajustada es mayor al umbral de costo-efectividad definido para esa tecnología e indicación (y menor a 2x el umbral) en nuestra jurisdicción.
- *Moderada*. La RCEI ajustada es menor al umbral de costo-efectividad definido para esa tecnología e indicación en nuestra jurisdicción.
- *Alta*. La RCEI ajustada es menor a ½ umbral de costo-efectividad definido para esa tecnología e indicación en nuestra jurisdicción.

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:51:54] Metodología para abordar la probabilidad de que la tecnología sea costo-efectiva en un contexto local específico

Andrés Pichon-Riviere: Así que, en resumen, en este capítulo 6 proponemos una metodología basada en 3 dimensiones que son: el análisis de la cobertura en otros países, la extrapolación cruda de la

costo-efectividad en otras jurisdicciones y una estimación indirecta de la costo-efectividad; y con este método permitirle a una agencia, aún sin contar con una evaluación económica, estimar la probabilidad de que esa tecnología sea costo-efectiva en su país como muy baja, baja, incierta, moderada o alta. Es decir, una estimación de la probabilidad de que sea costo-efectiva, no es una estimación de la costo-efectividad.

Esta pensamos que puede ser una herramienta útil para no dejar de tener la evidencia económica, aun cuando no se cuente con información local.

Barrera: Falta de un umbral local.

¿Cómo saber si una tecnología o intervención es de alto impacto presupuestario?

Cap.
5

**Impacto
presupuestario**

Tabla 5-2. Estimaciones del umbral de alto impacto presupuestario para diferentes países de América Latina (en dólares constantes de 2016) expresado como valor neto total a nivel país, cada millón de habitantes y como equivalente en cantidad de habitantes adicionales que podrían recibir cobertura médica

País	Población	Umbral neto de alto impacto presupuestario a nivel nacional (rango)	Umbral de alto impacto presupuestario cada millón de habitantes (rango)	Habitantes adicionales que podrían recibir cobertura médica por cada tecnología con alto impacto
Argentina	44,494,502	8,677,566 (4,338,783 - 13,016,349)	195,026 (97,513 - 292,538)	7,119 (3,560 - 10,679)
Belize	383,071	18,608 (9,304 - 27,913)	48,577 (24,288 - 72,865)	61 (31 - 92)
Bolivia	11,353,142	386,947 (193,473 - 580,420)	34,083 (17,041 - 51,124)	1,817 (908 - 2,725)
Brazil	209,469,333	34,049,138 (17,024,569 - 51,073,707)	162,550 (81,275 - 243,824)	33,515 (16,758 - 50,273)
Chile	18,729,160	3,567,676 (1,783,838 - 5,351,514)	190,488 (95,244 - 285,732)	2,997 (1,498 - 4,495)
Colombia	49,648,685	2,703,792 (1,351,896 - 4,055,688)	54,458 (27,229 - 81,688)	7,944 (3,972 - 11,916)
Costa Rica	4,999,441	711,003 (355,502 - 1,066,505)	142,217 (71,108 - 213,325)	800 (400 - 1,200)
Cuba	11,338,138	1,760,851 (880,426 - 2,641,277)	155,303 (77,652 - 232,955)	1,814 (907 - 2,721)
Ecuador	17,084,357	1,379,821 (689,911 - 2,069,732)	80,765 (40,383 - 121,148)	2,733 (1,367 - 4,100)
El Salvador	6,420,744	301,901 (150,950 - 452,851)	47,020 (23,510 - 70,529)	1,027 (514 - 1,541)
Guatemala	17,247,807	666,048 (333,024 - 999,071)	38,616 (19,308 - 57,925)	2,760 (1,380 - 4,139)
Honduras	9,587,522	306,117 (153,059 - 459,176)	31,929 (15,964 - 47,893)	1,534 (767 - 2,301)
Mexico	126,190,788	9,323,715 (4,661,858 - 13,985,573)	73,886 (36,943 - 110,829)	20,191 (10,095 - 30,286)
Nicaragua	6,465,513	194,646 (97,323 - 291,970)	30,105 (15,053 - 45,158)	1,034 (517 - 1,552)
Panama	4,176,873	695,482 (347,741 - 1,043,222)	166,508 (83,254 - 249,762)	668 (334 - 1,002)
Paraguay	6,956,071	364,203 (182,102 - 546,305)	52,358 (26,179 - 78,536)	1,113 (556 - 1,669)
Peru	31,989,256	1,619,614 (809,807 - 2,429,421)	50,630 (25,315 - 75,945)	5,118 (2,559 - 7,677)
Uruguay	3,449,299	761,108 (380,554 - 1,141,662)	220,656 (110,328 - 330,984)	552 (276 - 828)

Prof. Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD – www.iecs.org.ar



Minuto [00:52:43] Barrera: falta de un umbral local

Andrés Pichon-Riviere: Finalmente, el capítulo 5 es el de impacto presupuestario. Acá sucede lo mismo, muchos países hacen evaluaciones de impacto presupuestario, pero después es difícil saber a partir de qué valor y/o umbral, se puede considerar que ese impacto presupuestario es alto. Así que acá también con un análisis de cómo definen otros países del mundo alto impacto presupuestario, nosotros proponemos para cada país de la región, cuál es el umbral a partir del cual se puede decir que algo es de alto impacto presupuestario. Esto está medido en términos de nivel país o cada millón de habitantes para los subsectores de salud.

Barrera: ¿Cómo tener en cuenta la evidencia económica en un sistema de salud fragmentado?



	Población	Gasto en salud per cápita (US\$)	Costo de oportunidad estimado (US\$)	Umbral de impacto presupuestario estimado (US\$)		
				Total	Persona año	c/100,000 cubiertos
Argentina	43,417,765	1,219	11,196	6,830,605	0.16	15,732
Sector Público	11,501,366	882	8,098	1,308,871	0.11	11,380
Seguridad Social	25,778,456	1,163	10,683	3,869,898	0.15	15,012
Sector Privado	6,137,943	2,085	19,149	1,651,653	0.27	26,909

Sector	Categoría A	Categoría B	Categoría C	Categoría D
Sector Público	6,074 (0.5)	12,148 (0.9)	20,246 (1.6)	40,492 (3.2)
	[4,049 (0.3)-5,399 (0.6)]	[8,098 (0.6)-16,197 (1.3)]	[13,497 (1.1)-26,995 (2.1)]	[26,995 (2.1)-53,990 (4.2)]
Seguridad Social	8,012 (0.6)	16,025 (1.3)	26,708 (2.1)	53,416 (4.2)
	[5,342 (0.4)-7,122 (0.8)]	[10,683 (0.8)-21,366 (1.7)]	[17,805 (1.4)-35,610 (2.8)]	[35,610 (2.8)-71,221 (5.6)]
Sector Privado	14,362 (1.1)	28,724 (2.2)	47,873 (3.7)	95,746 (7.5)
	[9,575 (0.7)-12,766 (1.5)]	[19,149 (1.5)-38,299 (3.0)]	[35,915 (2.5)-63,831 (5.0)]	[63,831 (5.0)-127,662 (10.0)]
Total Argentina	8,397 (0.7)	16,793 (1.3)	27,989 (2.2)	55,978 (4.4)
	[5,598 (0.4)-7,464 (0.9)]	[11,196 (0.9)-22,391 (1.8)]	[18,659 (1.5)-37,319 (2.9)]	[37,319 (2.9)-74,637 (5.8)]

Minuto [00:53:23] Barrera: evidencia económica en un sistema salud fragmentado

Andrés Pichon-Riviere: Por último, el capítulo 7 discute este aspecto de qué pasa en los países con sistemas de salud fragmentados. Esto es algo que tiene mucho impacto, acá lo muestro como un ejemplo para Argentina. Por ejemplo, para esta categoría de drogas oncológicas, fíjense cómo teniendo en cuenta las diferencias entre distintos subsectores, el umbral puede cambiar mucho. El umbral en Argentina podría ser de US\$20.000 para el sector público y de casi US\$50.000 en el sector privado. Si esto no se tiene en cuenta, quizás se están tomando decisiones con un único umbral para subsectores muy distintos.

Así que solo resumo un poco las herramientas que busca proveer esta Nota Técnica y, por supuesto, todo esto que comenté está detallado mucho mejor ahí en la nota así que los invito a bajarla y a consultarla.

Muchas gracias!

Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD
apichon@iecs.org.ar



<https://criteria.iadb.org/es/aplicacion-de-la-evidencia-economica>



WWW.IECS.ORG.AR - Andres Pichon-Riviere MD MSc PhD

17

PANEL: TOMADORES DE DECISIÓN EN ALC

Minuto [00:54:22] Úrsula Gideon: Mil gracias, Andrés, fantástica presentación, clara, pragmática, pedagógica, espectacular. Mil gracias y creo que captaste muy bien el espíritu de esta Nota Técnica donde era muy importante trascender un poco la teoría que habitualmente leemos sobre estos conceptos para adoptar un enfoque mucho más pensado desde la perspectiva de lo que necesita el tomador de decisión o el que está implicado en apoyar estas decisiones. Espero que realmente vaya a ser útil, la verdad tengo mucha fe en que así sea. También me quedó claro al escucharte que esto va a ser un documento vivo, o sea, son propuestas, muchas cosas son propuestas que yo creo que a medida que se van discutiendo vamos a poder ir adaptando lo que va surgiendo. Mil y mi gracias, Andrés, de verdad.

Ahora vamos a pasar a la segunda parte del panel. También anunciarles que la Red Critería va a lanzar la versión en inglés del MOOC sobre priorización explícita, plan de beneficios y estrategias para conseguir precios más accesibles de medicamentos. Los que no se han inscrito, por favor, échenle un vistazo a este MOOC. Van a ver que, por ejemplo, Andrés está muy presente en el curso para explicarnos conceptos tan importantes como el umbral de costo-efectividad. Con esto ya vamos a pasar a nuestro panel.

Panelistas



Vania Canuto

- Directora del Departamento de Gestión e Incorporación de Tecnologías en Salud y del Comité Nacional de Incorporación de Tecnologías Sanitarias (CONITEC) de Brasil, donde ocupó el cargo de subdirectora en el pasado. Vania es especialista en farmacoeconomía y economía de la salud. Además, ha trabajado en Agencia Brasileña de Regulación Sanitaria (ANVISA) y en la Cámara de Regulación del Mercado (CMED).



Adriana Robayo

- Directora del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud de Colombia. Adriana es especialista clínica en Medicina Interna y Nefrología y en Economía Social, Gerencia de la Salud Pública, Gerencia de la Salud Ocupacional y Epidemiología. Cuenta con más de 20 años de experiencia clínica, académica, investigativa, administrativa y directiva. Fue presidenta de la Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial y secretaria general de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas.



Minuto [00:56:47] Katherine del Salto: Pasamos ahora al panel y voy a introducir a dos de nuestras panelistas que se estarán uniendo a Santiago Torales que ya lo introdujimos en el inicio de la sesión. Nos acompaña Vania Canuto y Adriana Robayo de Colombia. Vania es Directora del Departamento de Gestión e Incorporación de Tecnologías en Salud y del Comité Nacional de Incorporación de Tecnologías Sanitarias (CONITEC) de Brasil, quizás la entidad de ETS más consolidada de toda la región. Como funcionaria de carrera del Ministerio de Salud, desde 2009 Vania se ha desempeñado como Coordinadora de Monitoreo y Evaluación de Tecnología Sanitaria y Subdirectora del Departamento que hoy preside. Además, ha trabajado en la Agencia Brasileña de Regulación Sanitaria (ANVISA) y en la Cámara de Regulación del Mercado (CMED).

Es economista especializada en Fármaco Economía y Economía de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona y tiene una maestría en Evaluación de Tecnologías Sanitarias Porfirio Cruz. Es un lujo poder contar con su presencia el día de hoy. Bienvenida Vania.

Adriana Robayo es Directora del Instituto de Evaluación de Tecnología en Salud de Colombia. Adriana es especialista clínica en Medicina Interna y Nefrología y en Economía Social, Gerencia en Salud Pública, Gerencia de la Salud Ocupacional y Epidemiología. Cuenta con más de 20 años de experiencia clínica, académica, investigativa, administrativa y directiva. Se destaca que fue presidenta de la

Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial y secretaria general de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas. Además, el IETS colombiano se ha vuelto una referencia obligada en los temas de evaluación de tecnologías sanitarias en la región y nos da mucho gusto tener a Adriana porque Critería ha tenido la oportunidad de acompañar de cerca el diseño de este Instituto y sus primeros pasos.

Sin más, damos inicio a este panel y vamos a hacer 3 preguntas a nuestros panelistas y quiero empezar directamente con la primera: En el contexto de su país, por ejemplo, las evaluaciones económicas, los análisis temáticos de impactos presupuestario, ¿Cuáles de estas herramientas se han usado para informar las decisiones de cobertura y cuáles aún no se logran implementar? Vania, te damos la bienvenida y te paso la palabra.

Minuto [00:59:20] Vania Canuto: Gracias a todos, muchas gracias por la invitación. Hoy en este momento estamos teniendo la reunión de CONITEC, es una reunión que ocurre mensualmente. Entonces hoy y mañana tenemos la reunión, pero estamos en la hora de almuerzo. En Brasil, desde 2011, hace 10 años, tenemos una ley federal que hace obligatoria la utilización de evaluación de tecnologías sanitarias en la toma de decisiones de incorporación de tecnologías. Entonces por esta ley del Congreso Nacional, una ley federal, todas las incorporaciones que son de responsabilidad del Sistema Público de Salud, son de responsabilidad del Ministerio de la Salud y debe tener en consideración para la evaluación de tecnologías sanitarias, los aspectos clínicos y económicos. La ley es muy clara en relación con esto lo que es muy importante porque en Brasil ya existía la evaluación de tecnologías sanitarias, pero como no era obligatoria, muchas veces no se utilizaba. Entonces en ese contexto, todas las evaluaciones de tecnologías que la CONITEC tiene que hacer, deben tener evaluaciones económicas y también de impacto presupuestario, lo que es muy importante en Brasil porque somos una población muy grande y los dos criterios están mezclados para la toma de decisiones. Entonces todos estos criterios están en los informes de CONITEC.

Para esto en Brasil tenemos 10 metodologías de cómo hacer evaluaciones económicas y 10 de cómo hacer análisis de impacto presupuestario. Los demandantes, las personas que requieren a CONITEC que las evalúen, pueden ser cualquier persona, aunque en general hacen parte de la industria farmacéutica, de la industria de tecnología y del Ministerio de la Salud. Estas solicitudes tienen que

cumplir con la presentación de estos estudios. En el caso de la industria, esta hace los estudios y en nuestro departamento, en la Secretaría Ejecutiva de CONITEC, los Núcleos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Brasileira de Evaluación de Tecnologías, que son los núcleos en las universidades y hospitales, hacen el análisis crítico de estas evaluaciones económicas hechas por la industria.

Cuando la demanda es del Ministerio de la Salud, nosotros en nuestro departamento financiamos estos estudios porque el Ministerio de la Salud no tiene la capacidad ni técnicos para hacerlos. Entonces lo hacemos por ellos, por medio de los Núcleos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, que son los núcleos de las universidades y hospitales públicos en Brasil.

Entonces es obligatorio y muy importante para el país porque por la obligación de la ley, la evaluación económica se ha desarrollado mucho, pero no tenemos aún un umbral de costo-efectividad -lo estamos discutiendo, pero no lo tenemos aún, pero la ley determina que es obligatorio.

Minuto [01:03:33] Katherine del Salto: Muchas gracias, Vania, paso la palabra a Adriana. Bienvenida la experiencia de Colombia.

Minuto [01:03:40] Adriana Robayo: Refiriendo un poco cómo ha sido la historia, pues el Instituto nace por la Ley 1438 de 2011 que dice que se tienen que crear una serie de arreglos institucionales surgidos a partir de esta ley y el Instituto da luz en noviembre del 2012 cuando empieza funciones. En ese momento y durante cerca de 2 años se construyeron una serie de manuales metodológicos de evaluación de efectividad y seguridad, la parte de los análisis de impacto presupuestal, las evaluaciones económicas y en este momento estamos ajustando 2 de esos 3 manuales y además tenemos uno nuevo que es de participación de pacientes. También hubo otra ley que nos auspició. La Ley 1438 de 2011 mencionada dice que el Instituto es el encargado de hacer las evaluaciones de tecnologías en salud en el país y estudios económicos para todo aquello que se tenga que incluir en el plan de beneficios. Adicionalmente dice que hace las guías de práctica clínica. Posteriormente en el año 2015 hubo una ley estatutaria de salud elevó la salud a un rango constitucional como derecho y en ese punto dice que se tiene que cubrir prácticamente todo menos lo que se excluye y se va por la vía de exclusiones o de financiamiento y esos estudios en su fase 2

también los hace el Instituto.

¿En este momento cómo funciona? Hacemos estudios diferentes solicitados por la Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud. Ellos realizan una priorización que de alguna forma nosotros verificamos, acordamos y miramos si tenemos la información suficiente para poder hacer esos estudios; y usualmente son evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestal. Con esto se mira qué se puede pasar de lo no cubierto en el mecanismo colectivo que está en el mecanismo individual -que en Colombia se conoce como MIPRES-, entonces cómo lo pasamos del mecanismo individual al colectivo y ahí hacemos los estudios. Entonces hacemos evaluaciones económicas, análisis de impacto presupuestal y de alguna forma en el Ministerio, mirando cuál puede ser el aumento esperado en los recursos que haya para el sistema del año siguiente, se negocia un poco qué se puede incluir o qué no. Quiero decir ahí que no todos los estudios que hemos hecho para este tema de definir qué se incluye han sido tomados en cuenta, y algunos tienen un retraso bastante importante por temas presupuestarios.

También estamos haciendo unos ejercicios muy interesantes de posicionamiento terapéutico que incluye una primera parte de efectividad y seguridad, posteriormente la evaluación económica y el posicionamiento terapéutico que se realiza con los clínicos con base en los medicamentos que están registrados en el país por la agencia sanitaria.

Hay una tercera parte que también hacemos que son algunas guías de práctica clínica que incluyen evaluaciones económicas y algunas también análisis de impacto presupuestal para nuevas tecnologías que se deberían incluir en el plan de beneficio o mirar cómo se hace para esa parte. Hacemos nos costeos muy especiales también de forma farmacéutica, que son unos costeos masivos que se hacen modelamientos; y hacemos modelos y evaluaciones económicas, por ejemplo, para el tema como vacunas o algunas enfermedades de (huérfanas [01:06:51]).

Entonces podemos decir que nuestros estudios se incorporan en la toma de decisión, hacemos también parte de la Mesa que decide qué se incorpora en el Plan de Beneficios para los colombianos, pero no todos los estudios que hacemos han sido tenidos en cuenta, pero en especial por temas presupuestarios.

Yo podría resumir en eso. El año pasado hicimos más de 130 estudios, de los cuales cerca del 30%, o sea, casi 30 fueron evaluaciones económicas y de otro tipo. Gracias.

Minuto [01:07:24] Katherine del Salto: Gracias a ti Adriana. Santiago, bienvenido de vuelta. Nuevamente, ¿Cuáles son las herramientas que utilizan? y de las que presentó Michael o Andrés, ¿Cuáles no logran implementar en la Argentina?

Minuto [01:07:43] Santiago Torales: Yo vuelvo a contar lo que acá en Argentina hacemos, modestamente, con los informes. Nosotros tenemos la creación CONETEC a través de una resolución ministerial del año 2018, no tenemos una ley que genere una agencia y la Comisión en realidad está desde el Ministerio de Salud de Nación con una función de coordinación para la participación transparente y pública de un montón de otros actores que representan a diferentes tomadores de decisiones en el sistema de salud público argentino, en el cual también están incluidos las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes. O sea, la función de la Comisión por ahí no tiene un volumen propio como para desarrollar por su cuenta evaluaciones económicas más complejas con lo cual a nuestros grupos de trabajo o núcleos, como llamaba Vania, que son todos trabajos ad honorem, o sea, son instituciones que colaboran en la realización de los informes. Lo que si hemos consolidado es la aplicación de análisis de impacto presupuestario, la perspectiva que se considera y que se tomó como por consenso es la del Sistema de Salud Argentino, en general, pero se hacen ajustes según la pregunta pico, o sea, según la intervención, el comparador y la población. Los horizontes temporales son a 3 y 5 años, de los análisis presupuestarios. Se consideran el precio de venta y salida de laboratorio para tecnología farmacéutica y todo otro componente que pueda intervenir en el desarrollo del (NE [01:09:11]).

También se hace un ajuste de población objetivo, y esto si es concreto, y ajuste de un potencial market share versus otras opciones que están en el mercado con diálogo permanente con los productores de la tecnología y con las sociedades científicas, e incluso también se comparten y discuten los propios (AIP [01:09:30]) o Evaluaciones Económicas que genera la industria y forman parte del núcleo de nuestros informes o de la bibliografía y el avance de nuestros informes.

Lo que si es cierto es que eso hace la CONETEC, pero como expliqué, este informe de la CONETEC

luego es tomado por los distritos financieros que a su vez pueden hacer sus propios análisis de ajuste presupuestal en función del mecanismo que ellos tengan de acceso a las tecnologías por disponibilidad de compra, por tamaño de financiamiento o de cobertura, donde pueden elegir o compras por descuento por volumen o por compras por prestación o acuerdos con la cadena de intermediación. Así en Argentina funciona hoy este traspaso entre lo que es evaluación de tecnología y toma de decisión basado en argumentos económicos.

Minuto [01:10:17] Úrsula Gideon: Muchas gracias a los 3 panelistas, muy interesantes sus insights. Claramente se ve una evaluación de todos los casos y un uso cada vez más amplio de la evidencia económica en la toma de decisiones. Yo quisiera ahora pasar a la segunda pregunta y quizás enfocarla un poco y preguntarles de 3 temas de uso de la evidencia económica: análisis de costo-efectividad, umbral de costo-efectividad y análisis de impacto presupuestario ¿Dónde están sus barreras más grandes y cómo podrían superarse? Vania, adelante.

Minuto [01:11:02] Vania Canuto: En Brasil yo creo que para las evaluaciones económicas tenemos algunas barreras y una es que aún tenemos recurso humano escaso. Aunque conseguimos ampliar mucho la cantidad de personas que consiguen hacer evaluaciones económicas en Brasil, aún no tenemos la cantidad suficiente de personas que tiene esta habilidad; pero ha mejorado bastante en estos 3 años.

Otra barrera es que no tenemos un umbral de costo-efectividad definido, pues es difícil definirlo porque en verdad son varios umbrales, es decir, se define un umbral, después viene otra tecnología más cara, es como en (NE [01:11:59]), se van haciendo muchos umbrales para adaptarse a los precios cada vez más altos de los medicamentos. Entonces yo veo esto, se establece un umbral, después hay que subirlo, subirlo, subirlo. Yo creo que este asunto del umbral es más importante para nosotros en países que no somos países de altos ingresos. Entonces yo creo que esta es una dificultad también.

También porque no tenemos muchos datos brasileños para ejecutar en los estudios de costo-efectividad. Entonces yo creo que al final esto de costo-efectividad muchas veces puede ser muy ruidosos, por decirlo así, tiene muchas dudas en relación de si estos resultados realmente representan algo importante.

En el caso del impacto presupuestario, yo creo que una barrera importante es no tener un umbral también. El estudio de Andrés Pichot-Riviere, Michael Drummond y Santiago Torales, es muy importante para nosotros, es una discusión que estamos haciendo en Brasil, pero no se ha definido aún.

Otro problema en nuestro caso es que no hay un presupuesto definido por el Ministerio de la Salud de cuánto se pueden incorporar de tecnologías en un año, cuánto se puede gastar de más con tecnologías. En general lo que se ve en Brasil es que el Ministerio de Salud va haciendo negociaciones de precio, va consiguiendo bajar los precios de los medicamentos antiguos y con esos abren espacios presupuestales del Ministerio de la Salud para incorporar las nuevas tecnologías; pero no es sistemático, no hay un presupuesto definido.

Otra dificultad para nosotros en Brasil tal vez sea más para este país, es la estimativa del market share ¿Cómo va a ser la difusión de esta tecnología? Eso impacta mucho en la toma de decisiones. Como somos muchos, por ejemplo, por decir billones de reales o millones de reales de esto, podemos tener varias decisiones contra la incorporación con datos que no son muy precisos de cómo la tecnología va a difundirse en la práctica por los médicos que sabemos que eso no es inmediato, hay un tiempo y, que no hay muchos estudios ni sistematización de cómo hacer esto en los diferentes escenarios. Yo creo que es esto. Muchas gracias.

Minuto [01:15:01] Úrsula Gideon: Vania, mil gracias. Excelente tu lista de temas, algunos de los usual suspects que el recurso humano, que la información, pero mencionaste también otros temas super relevantes que bueno no alcanzamos a discutirlos, pero gracias por esta lista. Paso ahora el micrófono a Adriana ¿Cuál es tu visión sobre esta pregunta?

Minuto [01:15:27] Adriana Robayo: Se repiten varios temas, pero creo que vale la pena nombrarlos porque es nuestra realidad. De alguna forma la información puede ser un limitante para algunos de los estudios, aunque tenemos buenas bases en Colombia, muchas veces el depurarlas y dejarlas muy limpias se demora un tiempo, entonces para hacer nuestro estudios de este año estamos trabajando con información del 2019 porque la del 2020 todavía no estaba completamente depurada.

La completitud del dato es un tema adicional, entonces en algunos momentos toca hacer algunas

extrapolaciones con algunas aseguradoras porque la información es incompleta.

El uso no inmediato de las evaluaciones económicas y los análisis de impacto presupuestal que hace que estas se desactualicen y cambien sus poblaciones o cambien los costos. Esta es una cosa que hemos visto y después nos dice el Ministerio: "Ajústeme esto"; y es como si fuera algo rápido cambiar números, pero no es tan fácil y es un trabajo que es mayor y es una dificultad para los técnicos, entonces es un tema para pensar.

El otro es el tema claramente del entendimiento generalizado. Aunque hay una, yo diría que una elite académica y técnica en el país que trabaja estos temas, el tema no es generalizado y los tomadores de decisión no están totalmente impregnados de este tipo de conocimientos y aunque uno explica y explica, y la gente que me antecedió por años han explicado, no acaba de ser generalizado el concepto de las evaluaciones económicas.

Una limitación importantísima también es el tiempo de realización de los estudios. Usualmente pues como mucho de lo que nosotros hacemos va por contratación, los estudios no siguen de un año al otro, sino que toca empezar toda la dinámica de contratación. Entonces este año, por ejemplo, con el Ministerio de Salud en Beneficios, Costos y Tarifas, que son los que más demandan este tipo de estudios, firmamos en junio, entonces ustedes se imaginarán lo que es acabar el año fiscal de junio a diciembre, corriendo muy apretado. Entonces la mayoría de los estudios que hacemos son de 3, 4 o 6 meses, exóticamente hacemos cosas de 9 meses, y más de 1 año casi que es impensable, y ustedes saben que hay estudios que son muy largos y complicados de realizar.

El otro punto definitivamente es el recurso humano. El recurso humano capacitado, bien capacitado, competente y como lo queremos en el Instituto, haciendo pruebas de exámenes de ingreso para que sea la gente buena, no es tan abundante. O sea, uno puede encontrar gente que tiene los títulos, los grados, pero las competencias no son completas y en el Instituto se ha hecho de alguna forma una cantera, pero ahí el riesgo es que perdemos mucha de esta gente buena porque competitivamente los temas de salarios, una entidad como la nuestra que es una entidad mixta, pues no son como los Estado, pero tampoco son como los de las farmacéuticas y otras industrias. Entonces tenemos que hacer frecuentemente temas de retención de talento y estamos todo el tiempo tratando de pensar cómo hacerlo para que toda esta gente, que también son investigadores, estén muy a gusto dentro

del Instituto y podamos tener alguna libertad dentro de nuestras restricciones presupuestarias.

Un tema importantísimo es que no toda la información, estudios ni inclusiones que se hacen en el país bajan al médico y al ciudadano. Quiero decir: se hacen las inclusiones, a los aseguradores les llega más dinero, pero a la larga eso no baja en cascada; entonces sobre todo esto debería haber más conocimiento. He mencionado en algunos momentos que el año pasado se hizo en una forma de trabajo conjunto, una gran inclusión en diabetes mellitus, los recursos de la salud aumentaron cerca de 5.6% cuando la inflación, el IPC, no había sido más del 1.3%, luego fue un esfuerzo muy grande y se incluyó todo lo de diabetes menos bombas de insulina; sin embargo, uno ve que no todo el mundo se ha beneficiado de esto y es un problema que ese reto pase de la toma de decisión a realmente el goce efectivo de los derechos.

Y yo dejaría un punto último. Ya tenemos un umbral en una forma clásica, un umbral de costo-efectividad que seguramente muchos de los que están en esta audiencia lo conocen, incluso el grupo del profesor Drummond también lo conoce, y es que esta discusión del umbral, aunque ya lo tenemos, no hemos encontrado la forma de hacerlo en una forma vinculante para el país. Es una discusión que tenemos pendiente porque ya hicimos un esfuerzo grande, ese ejercicio lo patrocinó el Ministerio de Hacienda, y hubo gente de toda la región, incluso del mundo, aportándonos ahí. Pensamos que fue una buena aproximación y realmente nos está dando muy cercano a lo que informa la OMS en los umbrales. Entonces pues creo que tenemos muchos puntos, algunos administrativos, otros de retos técnicos y otros de retos de las personas, y como siempre pues los retos financieros en nuestra región.

Sería este el resumen, Úrsula, aunque creo que repetí parte de lo de Vania, pero realmente es que nos pasa acá también.

Minuto [01:20:04] Úrsula Gideon: No, mil gracias, Adriana. Hay puntos en común pero también agregaste una perspectiva bien interesante sobre las realidades del sector público. Mencionaste varios temas que creo que muchas veces olvidamos y también ese tema de la articulación entre los estudios y el que toma la decisión, e inclusive el que implementa finalmente. Excelente resumen y felicitaciones por ese trabajo de umbral, aprovecho para decirte. Ahora paso la palabra a Santiago. Santiago, tu visión sobre este punto.

Minuto [01:20:38] Santiago Torales: Realmente Adriana recién y lo que comentó Vania al inicio, son bastante claras con respecto a las barreras. También Andrés contó dentro del desarrollo de su presentación y en la Nota Técnica lo que enfrentamos, pero más allá de que haya recurso humano capacitado o no, que es muy difícil de conseguir, por tanto, coincido con lo que le pasa a Adriana la mejor gente, por ahí, se va a al lugar mejor pago y que no es en nuestras entidades de gobierno y mucho más en el formato de Comisión como tenemos en Argentina, que es un espacio que coordina el trabajo de toda la gente externa al Ministerio de Salud. Pero nosotros, en todo caso, yo me centraría en que la principal barrera para nosotros en nuestro país es el acceso confiable a información de calidad y esto es debido a la enorme segmentación de nuestro sistema de financiamiento que genera opacidad de costos, la cual lleva a que cada financiador tenga diferentes umbrales de disponibilidad a pagar, con lo cual generar un umbral de costo-efectividad, incluso de costo-oportunidad único para más de 350 financiadores autónomos en Argentina, es un gran desafío.

A su vez, luego, hay una gran fragmentación en la atención que genera dificultades en la trazabilidad, continuidad y calidad de atención de las enfermedades a través de la cobertura, con lo cual sabemos que se paga mucho pero no sabemos cuál es el resultado clínico sanitario que se logra con lo que se paga porque cada financiador articula su red de prestaciones de diferentes maneras. En una misma tecnología, por más que pongamos de acuerdo en un costo-efectividad, el tema del resultado sanitario es incierto.

Otros efectos distorsivos para realizar evaluaciones económicas en nuestro país, bueno, una ausencia de lista de precios explícitos o una descripción de inclusiones o exclusiones en la práctica que se uniforme en todos los subsistemas. Hay utilización de contratos, modalidades contractuales por cartera fija o por cápita en diferentes subsectores que no permiten ver los costos hacia dentro de las prestaciones. También hay un desarrollo muy escaso de costeo de prestaciones, sobre todo en el sistema público que a su vez está discriminado en 3 regiones: a nivel nacional, provincial y municipal, y esto representa el 30% de financiamiento del país, con lo cual es un gran agujero negro de costos que no se conocen.

Tampoco hay herramientas consensuadas o definidas nacionalmente -me interesó lo que dijo Vania que ellos si han trabajado en esto en Brasil-, para realizar estas evaluaciones de costeo, aunque hay

un proyecto en nuestro Ministerio de Salud a cargo de la Dirección de Economía de la Salud, de generar una base unificada de cuentas en salud que cuente con la participación de todos los financiadores del sistema, pero con una tutela y actualización a partir del Ministerio. También hay un proceso en marcha en el cual está tutelado por el BID, que es una generación de un plan argentino integrado de servicios de salud que está basado en un análisis de línea de cuidado priorizada para todo el sistema y luego una definición de tecnología hacia adentro donde seguramente este tipo de intervenciones y evaluaciones tecnológicas formarán parte.

Minuto [01:23:52] Katherine del Salto: Muchas gracias a los 3 por sus respuestas. Realmente resumieron muchos de los retos que tenemos en la región, tanto administrativos, de talento humano y, Santiago incluyó uno que es la descentralización y la fragmentación de los sistemas de salud en la región, que realmente hace este trabajo a veces bastante cuesta arriba. Voy a pasar a la última pregunta. Les voy a pedir que nos den una recomendación que les darían al resto de países en la región que tal vez estén menos maduros que las instituciones en las que ustedes están trabajando ahora, para la aplicación de la evaluación económica. Vania, adelante.

Minuto [01:24:40] Vania Canuto: Ya hablamos de capacitación de recursos humanos, es decir, de cómo retener recursos humanos, metodológicos; pero yo creo que es muy importante que haya una diferenciación clara entre ETS y la toma decisiones. Una norma, una ley que vincule que el tomador de decisiones tiene que utilizar la evaluación de tecnologías sanitarias y la evaluación económica para esta toma de decisiones. Esto es importante porque hay una tendencia, yo creo, de usar otros métodos. Entonces yo creo que los métodos claros, la vinculación clara, la comunicación, la transparencia, el involucramiento de los actores en el proceso, es importante para poder poner más este tópico en Latinoamérica.

Minuto [01:25:34] Katherine del Salto: Gracias. Adriana, adelante.

Minuto [01:25:35] Adriana Robayo: Pues de alguna forma me gustó mucho el paper y ahí hay unas reflexiones que creo que son muy a lugar. De alguna forma definir los alcances de la agencia que puedan crear y los recursos, o sea, garanticen el funcionamiento, por favor, esto es complicado si no hay recursos. Y lo otro, definitivamente el tema de la priorización, no se puede -como

dijo Andrés-, evaluar todo, sino hay que priorizar y tener muy claras esas reglas. Entonces yo diría: recursos, alcances y priorización. Gracias.

Minuto [01:26:07] Katherine del Salto: Gracias. Santiago.

Minuto [01:26:08] Santiago Torales: De mi parte, que con lo que se tenga hay que comenzar. Nosotros tratamos de hacer una adaptación, creo que incluso es una pregunta de (NE [01:26:16] -[01:26:18]), que nosotros tomamos conceptos de cuánto generaba de impacto presupuestario la incorporación de una innovación, lo tomamos extrapolado de otros países, hicimos una adaptación o parámetros económicos y sensibles de cobertura para la población como puede ser esto del costo-oportunidad, en cuánto a gasto de salud per cápita se estiman, cuánto impacta en la cantidad de haberes jubilatorios anuales, como, insisto, criterios valorables de costo-oportunidad. Y lo otro que si es importante, o para nosotros fue el leitmotiv de nuestro trabajo y lo compartimos en una discusión con Úrsula, nosotros no sé si estamos haciendo los mejores informes que quisiéramos, pero seguramente nuestros informes tienen la participación y el consenso, y todo el mundo se siente parte de eso; y, de hecho, los tomadores de decisiones se sienten muy cerca de esas discusiones en esta Mesa que coordinamos de lo que opina la gente. Por lo cual creemos que una valoración de algún informe de evaluación de tecnología sanitaria no es importante en términos técnicos, sino que la gente se sienta parte importante de ese proceso. Eso es importante. Nada más.

Minuto [01:27:31] Marcella Distrutti: Muchas gracias, Santiago, y nosotros vamos llegando a la final de esta sección que realmente fue muy enriquecedora. Queremos agradecer muchísimo a toda nuestra audiencia y expertos que participaron en esta sesión, ha sido realmente magnífica. No vamos a tener tiempo para la sección de preguntas y respuestas, aunque recibimos muchas muy interesantes. Los expertos ya fueron contestando algunas de ellas, no sé si lograremos responder a todas, pero si no vamos a preparar un blog, de hecho, sobre este webinar y en este tendremos en cuenta las preguntas que no logramos contestar en esta oportunidad.

Quería ir cerrando una vez más agradeciendo a todos, también invitándolos para que tomen el curso online gratuito sobre qué financiar en salud y a qué precio. Este está fantástico, con más de 40 expertos de todo el mundo, está disponible en inglés y en español.

Al final de este webinar también vamos a cerrar con un video muy corto sobre el MOOC así que están todos invitados a ver el video de un poco más de 1 minuto. Por último, invitarles como siempre a conocer la página web de nuestra Red Criteria donde podrán acceder a la Nota Técnica, también a este webinar grabado y a muchos otros materiales que tenemos ahí.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



<https://criteria.iadb.org/es>