

TRANSCRIPCIÓN DE WEBINAR:

**¿CÓMO ENFRENTAR LA PRESIÓN SOBRE
EL GASTO SANITARIO? EL CASO DE
ECUADOR**

Presentado Aquiles Rodrigo Henríquez

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

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

Copyright© 2022 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.



¿CÓMO ENFRENTAR LA PRESIÓN SOBRE EL GASTO SANITARIO? EL CASO DE ECUADOR

Junio 2022

Presentado por Aquiles Rodrigo Henríquez

ENCUENTRA EL WEBINAR [AQUÍ](#)

INTRODUCCIÓN:

Minuto 00:01:01: Cristina San Román

Buenos días, gracias por acompañarnos el día de hoy. Nos complace mucho ver a tantos de ustedes en este quinto webinar de la Red Critería en lo que va del año. Mi nombre es Cristina San Román, soy Especialista en Salud de la División de Protección Social y Salud en Ecuador. Es un gusto para mí poder acompañar la sesión del día de hoy, en particular ya que en el pasado hemos contado con el apoyo de la Red Critería en el Ecuador en temas vinculados a la definición de la lista esencial de medicamentos y hoy estamos revisando algunos temas adicionales en el ámbito de la compra estratégica de medicamentos.

El webinar de hoy se desarrolla en el contexto de nuestra Visión 2025: "Reinvertir en las Américas". A través de esta visión desde el BID buscamos apoyar a los países de la región a superar el contexto actual de crisis sanitaria, económica y social.

A los desafíos impuestos por la pandemia, se suman preocupaciones que precedían a la misma como la presión tecnológica en salud y los procesos de judicialización de la salud en la región. Frente a este escenario es necesario conjugar, por un lado, la recuperación y, por otro, la sostenibilidad de los sistemas sanitarios postpandemia con los compromisos de mejora en el acceso, la equidad en salud y la cobertura universal.

En el camino hacia la cobertura universal de salud bajo la premisa de esta nueva normalidad, nuestra Red Critería juega un papel relevante ya que en el centro de su trabajo está la promoción de conocimiento y estrategias para que los países puedan implementar procesos que respeten la buena gobernanza y la transparencia; y en base a estos, definir prioridades en salud que aporten el mayor valor posible para la salud de nuestra poblaciones.

Hoy escucharemos de la mano de uno de mis colegas aquí en Ecuador sobre el impacto en salud y equidad de la creciente inclusión no programada de tecnologías sanitarias en países de ingresos bajos y medios, y la respuesta poco eficiente y, generalmente, fragmentada de los sistemas de salud. Por supuesto, para que la sesión sea provechosa, también discutiremos diferentes estrategias para gestionar mejor esta presión.

Sin más, le doy la palabra a mi colega Katherine Del Salto para iniciar la sesión de hoy.

Minuto 00:03:39: Katherine Del Salto

Buenos días a todos y todas, gracias, Cris, por acompañarnos el día de hoy. Como bien mencionaste, la Red Critería de la División de Protección Social y Salud aspira a proveerles conocimiento de alto nivel relacionado con los temas urgentes de la agenda de las políticas de salud en la región, pero, sobre todo, queremos que ese conocimiento contribuya de manera palpable al debate y a la formulación de políticas públicas. Además, creemos firmemente que el intercambio de experiencias regionales e internacionales enriquecen este aprendizaje en pro de las mejores en la salud para todos y todas.

Como lo hemos mencionado en nuestras sesiones pasadas y en los múltiples materiales que ponemos a su disposición en nuestra página web, los recursos financieros, humanos y demás, son por definición finitos, mientras que las necesidades en salud continúan creciendo. Dada esta brecha entre lo que se quiere garantizar y lo que es factible cubrir, es clave escoger bien qué servicios e insumos se financian y cómo, para ello el uso sistemático de la evidencia y los procesos claros de toma de decisiones son primordiales.

Actualmente los países de América Latina y el Caribe destinan entre el 3.6% y el 9.6% del PIB en salud y se espera que ese gasto llegue a superar en algunos países el 11% para el 2030, mientras el crecimiento económico tiene una proyección mucho menos positiva. Dentro de este gasto total en salud, el gasto en medicamentos es significativo representando hasta el 22% del gasto total en algunos de nuestros países y se proyecta con un crecimiento anual de entre el 7% y el 10%.

Esta realidad claramente pone en amenaza la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y representa un impacto negativo en términos de equidad y protección financiera, ya que gran proporción de este gasto también viene de los bolsillos. Solo por mencionar un dato, entre el 48% y el 75% del gasto total de bolsillo se destina solo a medicamentos.

Aquiles Rodrigo Henríquez es quién nos acompaña hoy para hablar sobre estos desafíos tan importantes en la región. Él es médico y Especialista en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Economía de la Salud. Actualmente se desempeña como Coordinador General de Desarrollo Estratégico del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y también es investigador del grupo One Health de la Universidad de las Américas y docente de la Maestría de Epidemiología y Salud Colectiva de la Universidad Andina Simón Bolívar, ambas en Quito. Aquiles tiene varias publicaciones en revistas indexadas cubriendo temas de evaluación de tecnologías sanitarias, de evaluaciones económicas en salud de manera más amplia, estudios sobre carga epidemiológica y calidad de vida relacionada a la salud, y procesos de educación en las ciencias de la salud.

En los últimos meses hemos tenido el placer de trabajar con él desde el equipo de Criterias; nos acompañó en diciembre en un taller interno del que pronto pondremos los videos a disposición de todos ustedes en nuestra página web sobre cómo mitigar los efectos de los recortes fiscales dados en la pandemia.

Antes de pasarle la palabra a Aquiles me gustaría invitarles a todos ustedes a participar activamente de este webinar enviando sus preguntas a través del ícono de Q&A que lo tienen en la parte de abajo de sus pantallas. Al final de la presentación de Aquiles, Cristina moderará un espacio para abordar sus inquietudes y tanto ustedes como nosotras nos enriqueceremos mientras más participativa sea esta sesión.

Una vez más, bienvenidos a todos a esta sesión y muchas gracias Aquiles por todo tu tiempo preparando esta sesión y por acompañarnos el día de hoy. Adelante.

Minuto 00:07:27: Aquiles Rodrigo Henríquez

Muchísimas gracias, Katherine, gracias, Cristina por este espacio. Es un placer para mi poder compartir con quienes nos ven y nos escuchan el día de hoy en este webinar en el que vamos a abordar en los próximos minutos el cómo las tecnologías sanitarias, tanto medicamentos como dispositivos, muchas veces generan una presión no programada sobre los presupuestos de los sistemas de salud y, por supuesto, en un entorno de recursos finitos y a veces de espacios fiscales limitados o muchas veces inexistentes, el cómo poder enfrentar esta presión sobre los presupuestos de los sistemas de salud.

PRESENTACIÓN:



00:08:25 - Aquiles Rodrigo Henríquez

Entonces como les mencionaba, en los próximos minutos hablaremos acerca de cómo las tecnologías sanitarias, en este caso medicamentos y dispositivos, generan una presión permanente y cada vez mayor sobre la inversión o el gasto sanitario, y vamos a tratar de identificar algunas estrategias que se han llevado a cabo en este caso en Ecuador para tratar de enfrentar y regular o gestionar de mejor manera esta presión sobre el gasto sanitario.

Agenda

- Recursos para la cobertura universal en salud
- Presión de tecnologías sanitarias (programada y no programada)
- Respuesta y coste de oportunidad

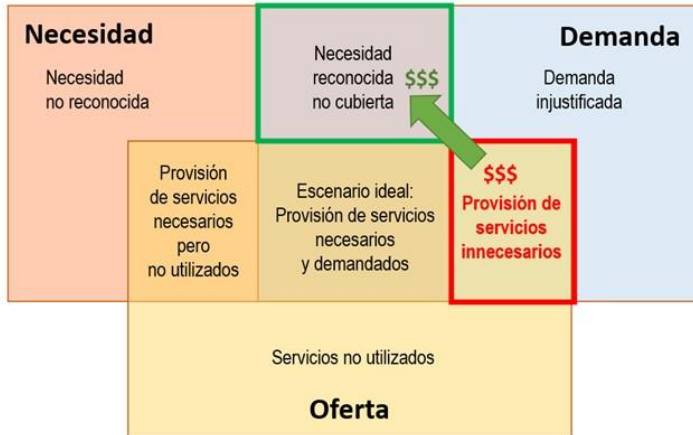


Agenda

Minuto 00:09:00

En primer lugar, vamos a revisar brevemente la agenda. Hablaremos algo acerca de los recursos limitados que normalmente tienen todos los sistemas de salud para garantizar el derecho a la salud y la cobertura universal en salud. Entenderemos un poco el contexto de Ecuador respecto a la organización de su sistema sanitario y, a partir de allí, hablaremos de cuáles son estas presiones de tecnologías programadas y no programadas que se dan sobre nuestros presupuestos y algunas estrategias para responder a esta presión tecnológica.

Fuentes de ineficiencia en los sistemas de salud



- **Medicamentos y dispositivos:**
 - **Subutilización de genéricos** y precios más altos
 - **Uso inapropiado**
 - Uso de medicamentos falsificados y de calidad subestándar
 - **Sobreutilización** de equipos, investigaciones y procedimientos
- **Servicios de atención médica:**
 - **Hospitalizaciones innecesarias** y estadías inadecuadas
 - Subutilización de la infraestructura instalada
- **Baja calidad de la atención** y atención no segura
- Pérdidas por **desperdicio, corrupción y fraude**
- Inapropiada **gestión del talento humano**
- Mezcla ineficiente o inapropiada de intervenciones sanitarias

Chisholm, D and Evans, D. 2010. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. *WorldHealthReport(2010) BackgroundPaper, No. 28.* WorldHealthOrganization

Fuentes de ineficiencia en los sistemas de salud

Minuto 00:09:38

Ustedes recordarán que ya desde hace varios años se han descrito una serie de ineficiencias que se presentan en el uso de recursos en los sistemas de salud y básicamente esas ineficiencias tienen mucho que ver con la falta de empate entre la necesidad de atención en salud por parte de la población, la demanda de esta atención por parte de la población y también la oferta de servicios para cubrir estas necesidades o esta demanda.

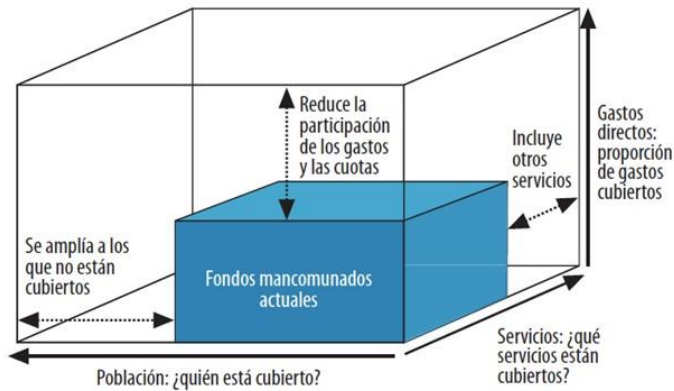
El problema suele surgir cuando no empatan adecuadamente estos tres espacios de necesidad, oferta y demanda y se generan ineficiencias relacionadas, por ejemplo, con la provisión de servicios que son necesarios para la población pero que esta no utiliza; en otros escenarios vamos a encontrar una provisión de servicios que son demandados por la población pero que en realidad no mejoran la situación de salud de la misma; y muchas veces el problema está relacionado con que no se ofertan servicios que realmente son necesarios para la población.

Esto es un problema porque en todos estos casos se van a generar ineficiencias que de otra manera nos hubieran permitido reasignar estos recursos que destinamos a servicios innecesarios para cubrir verdaderas necesidades de salud de la población. Hay que recordar también que de los casi 10 elementos que suelen generar ineficiencia en los servicios de salud, casi la mitad de ellos están

relacionados con la mala utilización de tecnologías sanitarias como medicamentos y dispositivos, ya sea porque se subutilizan, por ejemplo, los medicamentos genéricos, porque se hace un uso inapropiado o porque permitimos el ingreso a nuestros sistemas sanitarios de tecnologías de calidad subestándar o, incluso, por ejemplo, medicamentos falsificados.

Por lo tanto, todos estos elementos van a generar ineficiencias y que el retorno de la inversión que hacemos en salud no sea el retorno esperado.

Uso de recursos para la cobertura universal en salud



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.



Más recursos



Optimizar los recursos existentes



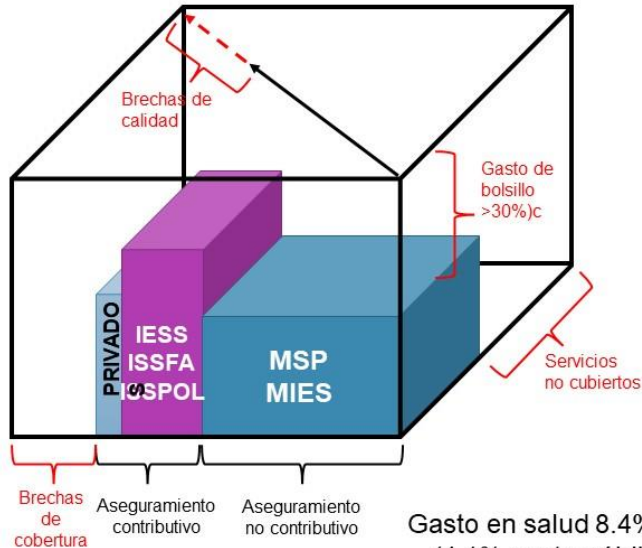
Lograr acuerdos sociales

Uso de recursos para la cobertura universal en salud

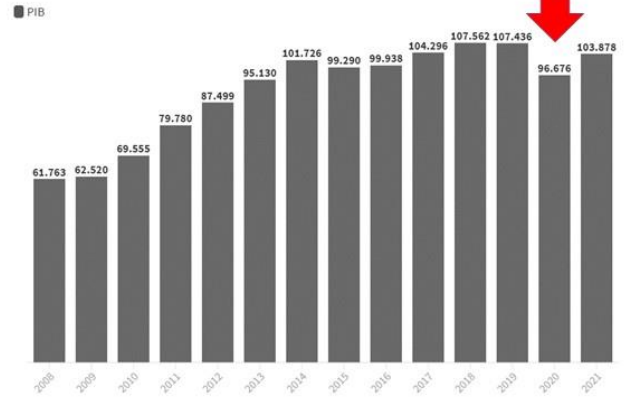
Minuto 00:12:02

Cuando hablamos de recursos para garantizar la cobertura universal en salud por lo general vamos a discutir siempre sobre el cómo aumentar esta cobertura y, por lo general, solemos abordar estas decisiones muchas veces simplistas de que siempre se necesitan más recursos, lo cual puede ser cierto; pero también cuando estamos en escenarios de restricciones presupuestarias como los que han vivido muchos de los países a nivel mundial tras la pandemia, se hace importante el optimizar los recursos que ya existen y, en cualquiera de los casos, siempre se va a requerir que hayan acuerdos sociales y que de esta manera respondamos realmente a las necesidades de la población.

Escenario actual del sistema sanitario de Ecuador



Histórico PIB Ecuador
- cifras en millones de dólares -



Escenario actual del sistema sanitario de Ecuador

Funciones del sistema de salud	Población			
	Aseguramiento contributivo		Aseguramiento no contributivo y no asegurados	
	Público	Privado	Ingresos medios-altos	Ingresos bajos-medios
Gobernanza	Subsistemas Públicos de Seguridad Social (30%)	Seguros privados (< 10%)	Sector privado (gasto de bolsillo)	Ministerio de Salud Pública y otras instituciones del Estado (60%)
Financiamiento				
Provisión				

Adaptado de: Frenk J, et al. Lancet 2003; 362: 1667-71.

En el caso de Ecuador hay otros elementos que ayudan también a generar ineficiencias. Ustedes conocen muy bien que en la mayoría de los países de la región de las Américas los sistemas de salud suelen ser sistemas fragmentados en donde tenemos diferentes actores con diferentes fuentes de financiamiento y administración de estos recursos para dar cobertura a poblaciones con características también diferenciadas.

En el caso de Ecuador, cerca del 60% de la cobertura de la población está dada por los sistemas de aseguramiento no contributivo o de asistencia social, que normalmente se otorgan a través de entidades como el Ministerio de Salud o los Ministerios de Bienestar Social; hay más o menos un 30% de la población que tendría cobertura relacionada con los sistemas de aseguramiento contributivo públicos, por ejemplo, en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social o los subsistemas de seguridad social de Fuerzas Armadas y Policía; y menos del 10% de la población, recibe algún tipo de cobertura complementaria dada por actores privados ya sea a través de seguros privados. Esto hace que existan una serie de brechas que tienen que ver con cobertura nominal de la población.

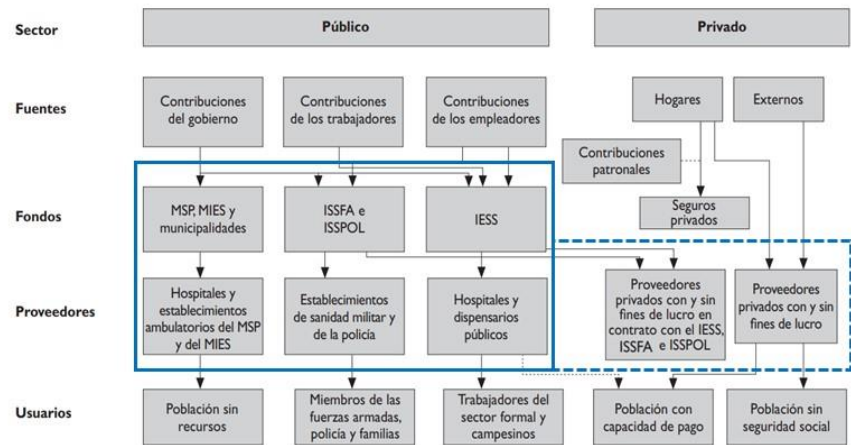
También hay brechas relacionadas con la cobertura financiera de las atenciones haciendo que el gasto de bolsillo en muchos casos supere más del 30% y ya mencionaba Katherine hace un momento que buena parte de ese gasto de bolsillo está relacionado con el gasto en medicamentos; y, por supuesto, las limitaciones de recursos o las ineficiencias impiden también que haya una ampliación de las prestaciones que están cubiertas por los sistemas de salud, en este caso de Ecuador.

Recordemos también que la pandemia de COVID-19 generó una grave afectación económica en todo el mundo. En el caso de Ecuador, estamos hablando de una caída del Producto Interno Bruto que bordea el 10%, lo cual hace que tengamos mayores necesidades sanitarias con restricciones presupuestarias importantes y un espacio fiscal sumamente limitado.

En el caso de Ecuador hay otras ineficiencias relacionadas con la distribución de la inversión en salud. Si bien tenemos casi un 8.4% del Producto Interno Bruto destinado a inversión o gasto en salud, menos de la mitad de este gasto es público lo cual significa que buena parte del gasto en salud todavía está mantenido o sostenido por los bolsillos de los ciudadanos y sus familias.

Subfinanciamiento (gasto ineficiente), y segmentación del sistema sanitario de Ecuador

- Coexisten subsistemas sanitarios con varios nichos de mancomunación de recursos segmentados y estancos.
- Provoca problemas de falta de solidaridad e ineficiencia estructural.
- La fragmentación opera a nivel de la organización de servicios con funciones superpuestas, con insuficiente coordinación y falta de integralidad en la atención.



MSP: Ministerio de Salud Pública
MIES: Ministerio de Inclusión Económica y Social
ISSFA: Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL: Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

Fuente: Lucio R. Villacrés N, Henríquez R. **Sistema de salud de Ecuador.** Salud Pública de México 2011;53 (supl. 2): S177-S187.

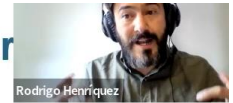
Subfinanciamiento (gasto ineficiente, y segmentación del sistema sanitario de Ecuador.

Minuto 00:15:49

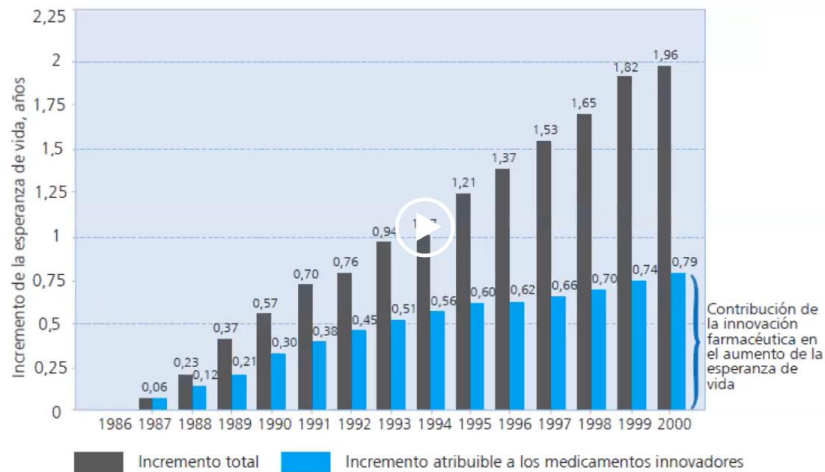
Y es esta fragmentación que ustedes ven del sistema sanitario la que hace que muchas veces la respuesta frente a las necesidades de salud de la población y la presión tecnológica no sea una respuesta eficiente porque al coexistir subsistemas sanitarios con varios nichos de mancomunación de recursos que son segmentados y muchas veces estancos porque no permiten la movilidad de recursos de un compartimiento a otro, esto a la larga termina generando problemas de falta de solidaridad e ineficiencias estructurales. Esto opera tanto a nivel de la organización de los servicios de salud, como en términos de superposición o duplicación de funciones lo cual impide una adecuada coordinación.

Hace varios años ya en Ecuador se planteó el tratar de integrar estos subsistemas mediante la creación de una Red Pública Integral de Salud que en algunos casos puede hacer también una compra de servicios a prestadores privados que forman parte de una Red Privada Complementaria y esta es una forma de integración incipiente que en muchos países de la región se ha estado trabajando, pero que no logra realmente consolidarse como una respuesta debidamente articulada que reduzca de manera efectiva el gasto de bolsillo de la población.

Rendimiento decreciente de la inversión en tecnologías sanitarias



APORTACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS AL AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA 1986-2000



Fuente: Lichtenberg, 2005.

Fuente: Félix Lobo. La economía, la innovación y el futuro del sistema nacional de salud español

Rendimiento decreciente de la inversión en tecnologías sanitarias

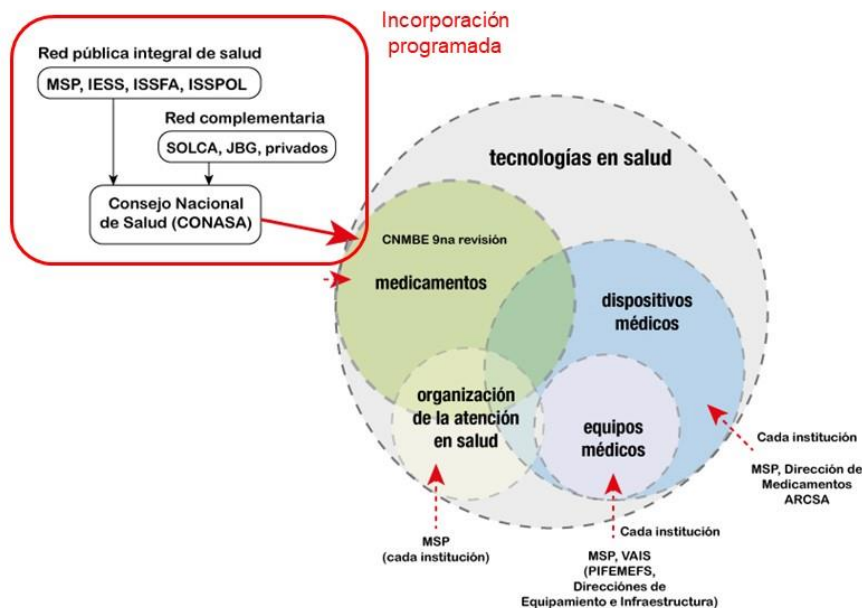
Minuto 00:17:23

También hay que recordar que otro elemento que termina generando ineficiencia es que, por lo general, hay un rendimiento decreciente de la inversión en tecnologías sanitarias. Uno esperaría que mientras mayor inversión en medicamentos, en dispositivos o en equipamiento médico, haya un retorno similar en términos de ganancias de salud de la población.

Lamentablemente lo que vemos hace varias décadas es que, si bien han aumentado la esperanza de vida y la inversión en salud en muchos países, la contribución relativa de las innovaciones farmacéuticas es muchísimo menor. Por lo tanto, aquí estamos hablando de una función de producción en salud en la cual la inversión en tecnologías sanitarias termina generando rendimientos que más bien son decrecientes. Un caso muy concreto está dado, por ejemplo, por la innovación relacionada con medicamentos oncológicos en donde cada vez tenemos medicamentos de mayor precio, pero menores retornos en términos de años de vida saludables ganados en la población.

Creciente incorporación programada de tecnologías

- Proceso periódico de actualización de la **lista de medicamentos esenciales** con cobertura obligatoria para los subsistemas públicos de salud (**Lista positiva**).
- Inducción de demanda desde industria a través de establecimientos del SNS
- Selección mediante criterios de **eficacia, seguridad, conveniencia**
- No criterios de coste-efectividad



Creciente incorporación programada de tecnologías

Minuto 00:18:40

Es allí donde entramos ya a discutir estos elementos de presión tecnológica porque en países de la región, en este caso concreto en Ecuador, hay una creciente incorporación de tecnologías, en este caso de medicamentos, que está programada, por ejemplo, cuando se hace la actualización de las listas de medicamentos esenciales que en Ecuador implican también cobertura obligatoria por los subsistemas públicos de atención en salud y, por lo tanto, nuestra lista de medicamentos esenciales básicamente es una lista positiva de tecnologías con cobertura pública obligatoria.

Esta incorporación que podría programarse muchas veces se ve alterada porque se seleccionan medicamentos con criterios de eficacia, seguridad y conveniencia, pero no se toman en cuenta los impactos que van a tener las incorporaciones de estos nuevos medicamentos en la lista de medicamentos esenciales en los presupuestos de los subsistemas de salud y durante muchas décadas no se han incluido criterios de coste-efectividad en la priorización y en la selección de estos medicamentos que se incorporan.

La situación es mucho peor en el ámbito de equipos y dispositivos médicos porque, como ustedes ven en esta imagen, prácticamente cada institución de los subsistemas de salud decide qué equipamiento o qué dispositivos incorporar en la atención sin que haya un proceso rector claro que ordene la asignación de recursos para la incorporación de dispositivos y equipos médicos, cosa que en cambio está mucho mejor regulada en el ámbito de los medicamentos ya que existe un mecanismo formal de solicitud de inclusión de medicamentos en la lista positiva, a través de los establecimientos de salud

de la Red Pública Integral o de la Red Complementaria, que son sometidos a un símil de un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias que se lleva a cabo en una Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos del Consejo Nacional de Salud que, en el caso de Ecuador, articula a los diferentes actores del sistema sanitario.

Evolución de la lista positiva de medicamentos en Ecuador



AÑO	DESCRIPCIÓN	PRINCIPIOS ACTIVOS	FORMAS FARMACÉUTICAS
1986	CNMB I Edición	236	384
1989	CNMB I Revisión	247	435
1992	CNMB II Revisión	236	438
1996	CNMB III Revisión	292	454
2002	CNMB IV Revisión	386	582
2004	CNMB V Revisión	382	458
2006	CNMB VI Revisión	388	497
2008	CNMB VII Revisión	410	531
2010	CNMB VIII Revisión	421	559
2013 - 2014	CNMB IX Revisión	398	535
2014 - 2019	CNMB X Revisión	454	642

Fuente: Coordinación Técnica de la CONAMEI

Evolución de la lista positiva de medicamentos en Ecuador

Minuto 00:21:13

La situación en todo caso es una situación de incorporación creciente, de incorporación progresiva de nuevos medicamentos a la lista positiva. En la última revisión de la lista de medicamentos esenciales de Ecuador contábamos ya con 454 principios activos incorporados en un total de 642 formas farmacéuticas. Sin embargo, el hecho de que muchos de estos se hayan incluido sin tomar en cuenta la presión que podía generarse sobre los presupuestos hace que se genere finalmente un déficit en los presupuestos destinados para medicamentos y, por supuesto, para otro tipo de intervenciones en salud en la mayoría de subsistemas públicos.

Inclusiones en la lista de medicamentos esenciales de Ecuador 2019

Indicaciones	¿Consta en la LME-OMS?		Total	%
	No	Si		
Cáncer	12	5	17	27%
Enfermedad cardiovascular	7		7	11%
Enfermedad autoinmune	4	1	5	8%
Epilepsia/sedante	3	1	4	6%
Antibiótico	1	3	4	6%
Hepatitis B y C	1	3	4	6%
Vacuna		4	4	6%
Diabetes	3	1	4	6%
Trasplante	2		2	3%
Asma/EPOC	2		2	3%
Afecciones de la piel	2		2	3%
Antídoto	1		1	2%
Malaria		1	1	2%
Hiperplasia prostática benigna	1		1	2%
Albúmina	1		1	2%
VIH		1	1	2%
Anticoagulante	1		1	2%
Apnea prematuros		1	1	2%
Conjuntivitis	1		1	2%
Déficit de hormona de crecimiento	1		1	2%
Total general	43	21	64	

La mayoría para tratamiento de cáncer.

Presupuesto Devengado **MSP** medicamentos (2020): **167 MM USD ***
 Valor total del CNMB para el **MSP** (2020): **160 MM USD**

Necesidad total para 2020: **327 MM USD**

Presupuesto Devengado **IESS** medicamentos (2018): **203,6 MM USD ***
 Valor total del CNMB para el **IESS** (2020): **160 MM USD**

Necesidad total para 2020: **364 MM USD**

MSP + IESS al 2020: 691 MM USD

10

Inclusiones en la lista de medicamentos esenciales en Ecuador Minuto 00:22:05

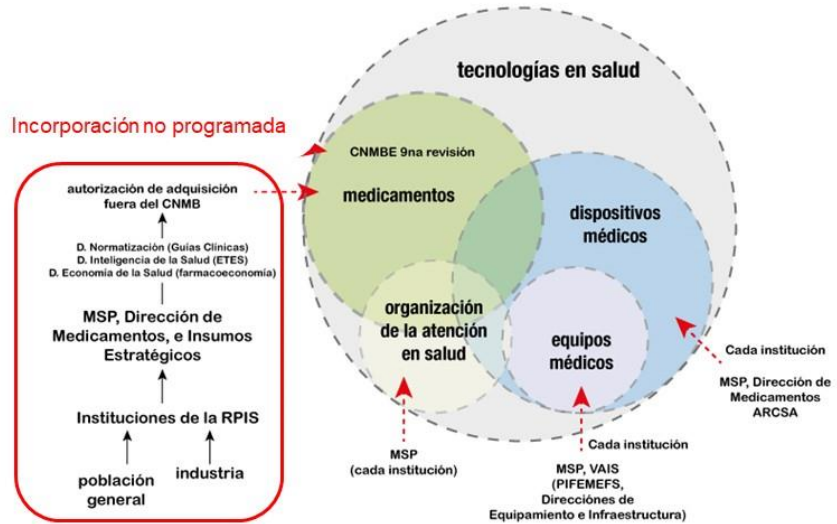
Ustedes pueden ver también que en la última revisión que se hizo de la lista de medicamentos esenciales del país, más del 30% de todas las nuevas incorporaciones de medicamentos estaban relacionadas con terapias para condiciones crónicas, por ejemplo, cáncer o para trastornos autoinmunes y la gran mayoría de estas nuevas incorporaciones no constan en listas de medicamentos esenciales de referencia como, por ejemplo, la Lista de Medicamentos Esenciales que elabora periódicamente la Organización Mundial de la Salud.

¿Qué implicaciones tiene esto? Básicamente una implicación de una creciente presión sobre los presupuestos públicos. La incorporación de estos 64 nuevos medicamentos en la lista de medicamentos esenciales del país, en el año 2019, justo meses antes de la llegada de la pandemia por COVID-19, implicaba tener que aumentar en más de 320 millones las necesidades de financiamiento público para la adquisición de estos medicamentos. Por lo tanto, Ecuador entró al año 2020 en el cual sufrimos el empate de la pandemia de COVID-19, ya con un importante déficit en los presupuestos para la cobertura pública de medicamentos esenciales.

Por lo tanto, aquí habría que hacer un llamado de atención a la necesidad de priorizar el ingreso de tecnologías, pero también de planificar mejor los presupuestos necesarios para dar la cobertura a estos medicamentos.

Creciente presión para la incorporación no programada de tecnologías de alto precio para su cobertura pública

- **Inducción de demanda**
- **Uso de mecanismos excepcionales**
- **Judicialización**
- La respuesta actual es **fragmentada e inequitativa**, y amenaza la **sostenibilidad** financiera del sistema sanitario
- No se aplican economías de escala – **compra minorista fragmentada**



Creciente presión para la incorporación no programada de tecnologías de alto precio para su cobertura pública

Minuto 00:23:58

También debemos señalar que en el caso de Ecuador y probablemente en muchos otros países de la región, existen mecanismos excepcionales para la incorporación de nuevas tecnologías en los sistemas de atención. En consecuencia, hay una puerta de incorporación no programada de tecnologías por mecanismos esenciales que muchas veces terminan también en procesos de judicialización del acceso a los medicamentos y que van de la mano con procedimientos de inducción de demanda por parte de diferentes actores, tanto prescriptores como industria farmacéutica o la misma ciudadanía genera una inducción de demanda que va a generar mayor presión sobre los presupuestos públicos.

Lamentablemente el acceso o la incorporación de estas tecnologías genera una respuesta en donde no logramos hacer adquisiciones eficientes, por poner un ejemplo, dado que estos medicamentos se solicitan para un número muy limitado de pacientes pero, además, como las necesidades son muy variadas, es muy difícil que las instituciones de salud apliquen economías de escala o de agregación de la demanda y al final terminamos comprando estos medicamentos a un mayor precio al no aplicar estos mecanismos de economías de escala y agregación de demanda. Por lo tanto, esta compra minorista, esta compra fragmentada de tecnologías hace que al final sean mucho menos eficientes las inversiones que se hacen en la adquisición de estos medicamentos.

Hay algunos intentos para ordenar la incorporación de este tipo de medicamentos por vías excepcionales y la última reforma normativa en Ecuador obliga a que cada subsistema público de salud

cuenta con el equivalente de una Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias o una especie de Comité Técnico Institucional que evalúe la necesidad de estos medicamentos utilizando criterios que sean lo más objetivos posibles. Esto todavía está en fase de implementación y ya veremos cuáles son algunos de los instrumentos que se están desarrollando para este proceso.

Judicialización del acceso

Algunos medicamentos cuyo acceso se ha judicializado en Ecuador			
Acetato de abiraterona	Cerliponasa alfa	Insulina glargina	Pertuzumab
Adalimumab	Cetuximab	Irinotecan	Pomalidomida
Afatinib	Ciclosporina	L-Asparaginasa	Ponatinib
Agalsidasa beta	Crizotinib	Lapatinib	Pramipexol
Alglucosidasa alfa	Dasatinib	Lenalidomida	Pregabalina
Asparaginasa	Doxorrubicina liposomal pegilada	Miglustat	Regorafenib
Ataluren	Enzalutamida	Nab Paclitaxel	Ribociclib
Atezolizumab	Erlotinib	Nilotinib	Riluzol
Axitinib	Factor de crecimiento epidérmico humano recombinante	Nivolumab	Romiplostin
Azacidina	Factor VIII de coagulación	Nusinersen	Ruxolitinib
Baclofeno	Fingolimod	Obinutuzumab	Secukinumab
Bendamustina	Galsulfasa	Ocrelizumab	Sildenafil
Bevacizumab	Gefitinib	Olaparib	Sorafenib
Bortezomib	Ibrutinib	Palbociclib	Tapentadol
Bosentán	Imiglucerasa	Panitumumab	Teriparatida
Bosutinib	Insulina degludec	Pazopanib	Trastuzumab emtansina
Brentuximab vedotin		Pembrolizumab	Vedolizumab
			Vemurafenib
			Vismodegib

Judicialización del acceso

Minuto 00:26:34

Otro problema que es común a los países de la región, en algunos casos de manera mucho más acentuada que en otros, es la judicialización del acceso a medicamentos. Por lo menos, en el caso de Ecuador esto llevó a que, en agosto del año 2020, haya una sentencia histórica por parte de la Corte Constitucional que realizó un fallo en torno al derecho a medicamentos de calidad seguros y eficaces. Hay algunos elementos muy importantes dentro de esta sentencia de la Corte Constitucional: se reconoce que el acceso a medicamentos es parte del derecho a la salud de la población, de los ciudadanos o quienes residen en el territorio ecuatoriano, pero se reconoce también que ese acceso tiene que estar vinculado con la garantía de acceso a medicamentos que cumplan condiciones como calidad, seguridad y eficacia; y se amplía también cuáles son algunos de los componentes que deberían considerarse al evaluar la eficacia de los medicamentos, hablando de manera expresa de evaluar mejoras en calidad de vida, la extensión del tiempo de sobrevida y, por supuesto, que hayan criterios de elegibilidad o de pertenencia en la indicación de esos medicamentos para los ciudadanos.

La Corte Constitucional reconoce que también hay una creciente demanda y oferta de medicamentos que presiona y afecta el gasto público en salud y que, en consecuencia, podría ser un elemento que afecta la disponibilidad de los medicamentos y, por lo tanto, si los recursos del Estado son limitados, se requiere un ejercicio de priorización del gasto público pensando siempre desde una perspectiva de garantía al derecho a la salud, lo cual no siempre se cumple.

Ustedes pueden ver a la derecha de su pantalla una lista aleatoria de algunos de los medicamentos

cuyo acceso se ha judicializado en Ecuador y esto ha llevado (y quienes trabajan en servicios de salud no me dejarán mentir), a que muchos de los establecimientos públicos de salud en algunos casos tengan que invertir más del 10% de todo su presupuesto para medicamentos esenciales en esta adquisición no programada de otros medicamentos que generalmente son de alto precio para condiciones crónicas y muchas veces el retorno en años de vida saludables de la adquisición de estos medicamentos es mucho menor que la esperada. Además, esto termina profundizando problemas de equidad porque de alguna manera van a verse beneficiados quienes puedan acceder realmente a los procesos de judicialización, lo cual implica también que buena parte de la población que podría necesitar estos medicamentos queda fuera del proceso de acceso o de toma de decisiones.

Creciente participación de la inversión en dispositivos médicos en los presupuestos de los establecimientos de salud



Fuente: E-sigef MEF (Ministerio de Finanzas, n.d.)

Fuente: Lucio R, López R, Leines N, Terán JA. El financiamiento de la salud en Ecuador. Rev. PUCP 2019;(106):81-124.

Creciente participación de la inversión en dispositivos médicos en los presupuestos de los establecimientos de salud

Minuto 00:29:52

No hay que perder de vista otro fenómeno que se está dando a nivel mundial y es que muchas veces estamos pendientes del gasto de medicamentos, pero estamos descuidando el creciente impacto o la creciente participación que tiene la adquisición de dispositivos y equipos médicos en los presupuestos de los diferentes sistemas de salud en la región y Ecuador no escapa a esta realidad.

En algún punto, estamos hablando ya a partir del año 2017 en adelante, el presupuesto destinado a la adquisición de dispositivos médicos llegó a superar incluso al presupuesto destinado para la adquisición de medicamentos y piensen que si además los procesos de priorización explícita y de selección de dispositivos y equipos médicos están menos maduros que los procesos de evaluación y de acceso a medicamentos, esto hace que haya mucha mayor variabilidad y discrecionalidad en el uso de recursos relacionados con dispositivos y equipos médicos.

Cómo gestionar la presión

- Predisposición a negociar
- Evaluación de tecnologías sanitarias
- Priorización explícita
- Regulación de la variabilidad injustificada de la prescripción
- Pensar más allá de la coste-efectividad
 - Procesos participativos para el desarrollo de marcos de valor
 - Coste equidad y coste-efectividad distributiva

¿Cómo gestionar la presión?

Minuto 00:31:11

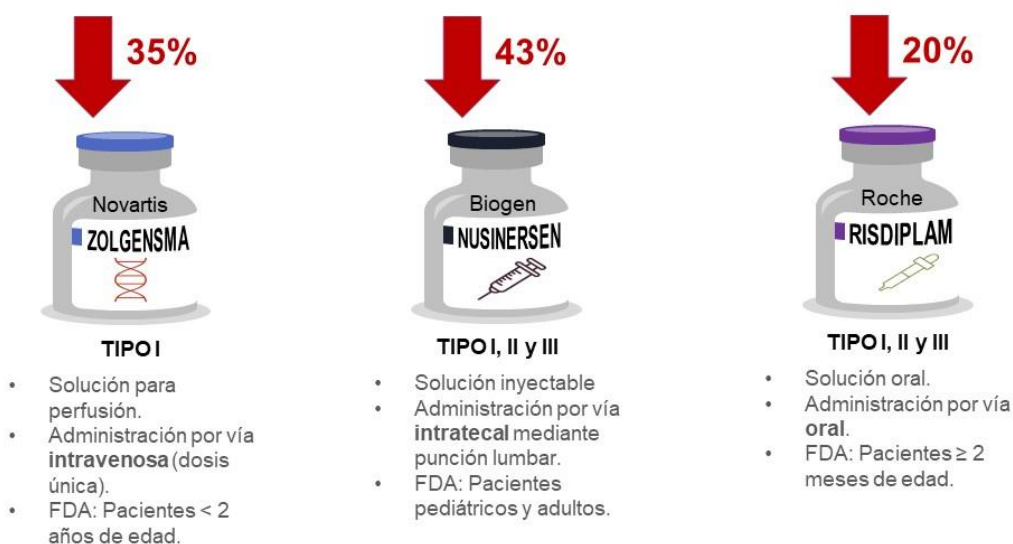
Por lo tanto, a partir de este contexto y esta realidad: ¿Cómo podemos establecer algunos criterios para gestionar esta presión que generan las tecnologías sanitarias en el gasto o la inversión en salud? Y yo quiero dejar algunos mensajes claves en los próximos minutos. En primer lugar, nunca perder la predisposición a negociar. Incluso en países en los cuales los procesos de priorización o de evaluación de tecnologías sanitarias no están lo suficientemente maduros, el simple hecho de tener la predisposición a negociar en mejores condiciones, por ejemplo, a través de mecanismos de compra conjunta o de agregación de demanda o creación de centrales nacionales de abastecimiento, ya se pueden lograr ahorros muy importantes. Yo creo que la mejor experiencia regional en este sentido es la compra mancomunada de vacunas a través de mecanismos como el Fondo Rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud o a través de otros mecanismos de compra estratégica como, por ejemplo, el mismo Fondo Estratégico. Por lo tanto, ninguno de los países debería perder de vista el tener siempre la predisposición a negociar en mejores condiciones.

Por supuesto, los procesos de evaluación de tecnologías con criterios explícitos reproducibles, consistentes, transparentes y que permitan también de alguna manera la participación social, son un elemento importante de las estrategias de gestión de la presión tecnológica y van de la mano con la implementación de procesos de priorización explícita y la construcción de planes de beneficios en los diferentes países porque de alguna manera esto, si lo combinamos también con la protocolización o la normalización de la atención, al reducir la variabilidad injustificada en la prescripción podemos también planificar mejor la adquisición de tecnologías sanitarias y el uso de los recursos en la atención en

salud. Pero, hacia el final hablaremos de que hay que pensar un poco más allá porque muchos de estos instrumentos de regulación utilizan análisis como los análisis de retorno de inversión o de coste-efectividad, pero no siempre resuelven problemas como los de inequidad en el acceso.

Por lo tanto, es importante no perder de vista la necesidad de tener cada vez con mayor frecuencia procesos participativos para el desarrollo de marcos de valor para la incorporación de tecnologías o de intervenciones en salud en nuestros sistemas. Aquí hay algunos avances como la incorporación de metodologías que evalúan coste-equidad o coste-efectividad distributiva y que van más allá de analizar el retorno de una inversión en un medicamento o una tecnología en particular, sino que toman en cuenta el cómo la incorporación de una nueva tecnología termina afectando el uso general de recursos dentro de un sistema de salud y afectando potencialmente mejoras o pérdidas en términos de equidad y de distribución de los recursos.

Predisposición a negociar: El caso de la Atrofia Muscular Espinal



Predisposición a negociar: El caso de la Atrofia Muscular Minuto 00:35:09

Veamos algunos ejemplos de Ecuador. Cuando hablamos de predisposición a negociar esto tiene que hacerse no solamente para la incorporación programada de tecnologías, sino sobre todo en aquellos casos en los que la incorporación de estas tecnologías no estaba programada, por ejemplo, en procesos de compra excepcional de medicamentos o tecnologías o en procesos de judicialización.

En el caso particular del acceso a terapias para atrofia muscular espinal en Ecuador, el simple hecho de poder sentarnos a hacer negociaciones directas con los proveedores de este tipo de tecnologías pudo generar ahorros, en el caso de acceso a terapias génicas para atrofia muscular, del orden de 35% vinculados además con acuerdos de acceso gerenciado en donde los pagos se prorratan e incluso hay algún vínculo de pago con resultados. En otras de las tecnologías se lograron descuentos importantes que superan el 43% en el caso de medicamentos como el Nusinersen o alrededor del 20% en algunos medicamentos como el Risdiplam.

Hay que recordar que cualquiera de estas tres terapias implica un impacto presupuestal anual que está en el orden del medio millón de dólares por paciente en el primer año, y de allí en adelante hablamos alrededor de un cuarto de millón de dólares por paciente. Imagínense cómo podríamos reasignar parte de esos recursos si las negociaciones son mucho más efectivas.

Agregar demanda y mecanismos de compra centralizada



Compra mediante subasta
inversa corporativa de
medicamentos y catálogo
electrónico



Ahorros: 45.5%
Hasta Junio 6, 2002
110 medicamentos

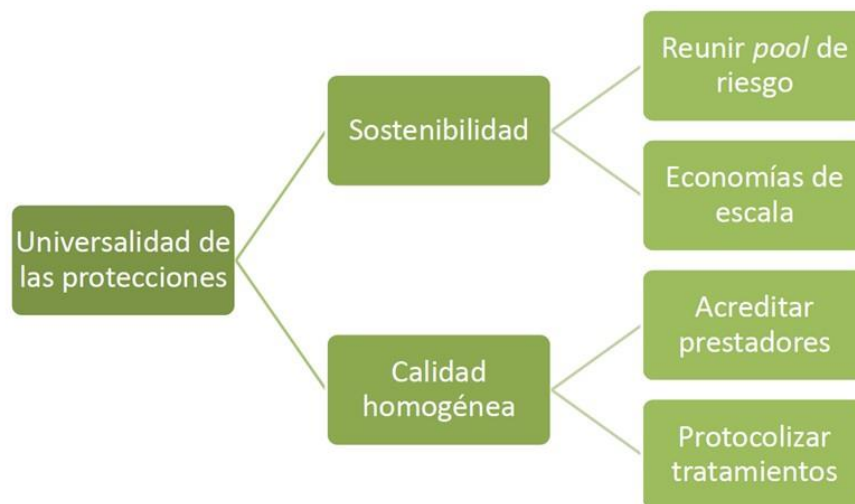
Agregar demanda y mecanismos de compra centralizada.

Minuto 00:36:58

La agregación de demanda en los mecanismos de compras centralizadas es otra estrategia que se ha utilizado en Ecuador hace ya más de una década y que de manera consistente genera ahorros. Las compras mediante subastas diversas corporativas en donde se agrega la demanda de todos los subsistemas públicos o la catalogación electrónica de medicamentos en donde ya se negociaron precios a la baja con mecanismos de puja o de subasta inversa, logran generar ahorros que son muy importantes. En el último proceso de catalogación de medicamentos que en este momento se está llevando a cabo, hablamos ya de la incorporación de 110 medicamentos al catálogo electrónico de compra pública con ahorros que están en promedio en un 45.5%.

Si es que además se cumplen los criterios de calidad en la incorporación de estos medicamentos, por ejemplo, en los procesos de registro sanitario y autorización de comercialización, este probablemente es uno de los mecanismos que más ahorros podrían generar y que pueden aplicarse, sobre todo, a aquellos segmentos de mercado en donde hay varios competidores. Por lo tanto, no perder de vista la agregación de demanda, la aplicación de economías de escala y estos mecanismos de compra centralizada planificada como uno de los mecanismos prioritarios para enfrentar la presión de las tecnologías que quieren ingresar a la cobertura pública.

Alternativas para la gestión del alto costo de las enfermedades catastróficas



Fuente: Federico Tobar. Respuestas a las enfermedades catastróficas. Experiencia y resultados en algunos países de la región. 2019.

Alternativas para la gestión del alto costo de las enfermedades catastróficas Minuto 00:38:46

¿Qué sucede, en cambio, con aquellas condiciones que suelen ser de alto costo para los ciudadanos y sus familias, por ejemplo, llegando incluso a gastos catastróficos y que por lo general están vinculados con el uso de medicamentos de alto precio?

Nunca hay que perder de vista criterios éticos de asignación de recursos en donde queremos garantizar la universalidad de las protecciones porque no queremos profundizar inequidades, pero a la par queremos dar también medicamentos de calidad y atención de calidad homogénea garantizando la sostenibilidad del sistema sanitario. Por lo tanto, aquí hay que pensar en estrategias que permitan reunir el pool de riesgo, por ejemplo, la compra consolidada de medicamentos para grupos de pacientes independientemente del subsistema de salud en el que se atiendan, para aplicar economías de escala; pero también la regulación de la prestación. Si queremos dar atención de calidad homogénea, hay que profundizar y mejorar los procesos de acreditación de prestadores y esto muchas veces va de la mano también con la protocolización de los tratamientos.

Hay experiencias exitosas en la región como el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, la Cuenta de Alto Costo de Colombia, la Ley Ricarte Soto en Chile y esos pueden ser algunos ejemplos a seguir en otros países de la región que se ven enfrentados también a las presiones para adquirir medicamentos de alto precio para condiciones que suelen involucrar también gastos catastróficos.

Gestión de medicamentos de alto precio



Gestión de medicamentos de alto precio.

Minuto 00:40:34

Y en ese sentido yo creo que hay que implementar estrategias de gestión integral de estos medicamentos de alto precio relacionadas con estrategias de agregación de demanda ya sea dentro de los subsistemas o entre sistemas, por eso el mecanismo de compra más ineficiente es el mecanismo en el cual cada establecimiento de salud adquiere por su cuenta en cantidades pequeñas lo que necesita cuando probablemente es mucho más eficiente agregar demanda. Hay, en lo posible, que reducir los costos de intermediación ya sea con compras directas a fabricantes o mediante estas estrategias de compra estratégica.

Centralizar la compra, pero a la par simplificar los procesos administrativos. Imagínense lo que implica dos meses o más de un proceso de compra pública de tecnologías, multiplicados por cientos de establecimientos de salud haciendo sus requerimientos: el costo administrativo muchas veces iguala o podría potencialmente superar a la inversión real que se va a hacer en la adquisición de medicamentos.

Necesitamos también reformar los instrumentos normativos o regulatorios para incorporar nuevos mecanismos de pago con nuevos mecanismos de acceso: mecanismos de pago por resultado, mecanismos de precio volumen, mecanismos de ingreso de tecnologías con acuerdos de riesgo compartido o generación de evidencia; en algunos casos, han demostrado ser mecanismos de adquisición eficiente de estas tecnologías sobre todo de alto precio o innovadoras.

No perder de vista la regulación de la provisión, fortalecer los procesos de acreditación de prestadores y aprender de las mejores prácticas y de la experiencia de otros países; hacer una especie de benchmarking y uso racional para la priorización de las tecnologías que se adquieren. Por eso, espacios como este en donde se pueden intercambiar experiencias de diferentes países de la región también son muy importantes para generar aprendizajes.

Decisiones de cobertura y priorización explícita



BID. Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud: nota 2: un enfoque sistémico. 2015.

Decisiones de cobertura y priorización explícita

Minuto 00:42:59

Y quiero terminar con algunos ejemplos que tienen que ver con la estructuración de mejores procesos de priorización explícita. En muchos de nuestros países no existe una adecuada separación en las diferentes fases de los procesos de priorización explícita y selección de tecnologías que van a ser cubiertas con recursos públicos, pero hay que identificar cada uno de estos procesos y los actores que participan en ellos y los insumos que necesitan. Desde la incorporación de tecnologías a través de registro sanitario y la autorización de comercialización hasta los procesos de selección de qué tecnologías evaluar, cómo deben evaluarse, qué impactos tienen en los presupuestos, quién delibera o recomienda la adquisición que no necesariamente debe ser el mismo ente o la misma instancia que tome la decisión; pero también hay elementos de transparencia que incorporar: la posibilidad de que se puedan apelar estos procesos y que haya una respuesta a esas apelaciones y también los procedimientos participativos por parte de diferentes actores de la sociedad para que haya realmente vigilancia y monitoreo de los procesos de incorporación de tecnologías.

Nueva normativa de evaluación de medicamentos y tecnologías para la Red Pública Integral de Salud 2022



EUnetHTA - HTA Core Model Version 3.0
GRADE Evidence to Decision (EtD) framework
CHEERS reporting standards

Nueva normativa de evaluación de medicamentos y tecnologías para la Red Pública Integral de Salud 2022

Minuto 00:44:31

Y es justamente respondiendo a la Sentencia de Corte Constitucional, pero también a la necesidad de racionalizar los procesos de evaluación y de priorización de tecnologías, que en este mes estamos publicando tres manuales como país: la "Metodología de elaboración de informes rápidos de evaluación de tecnologías sanitarias", la "Metodología para la elaboración de análisis de impacto presupuestario de tecnologías que se incorporan en la Red Pública Integral de Salud" y también la "Metodología de elaboración de evaluaciones económicas para la Red Pública Integral de Salud". Aquí no estamos reinventando la rueda sino, más bien, incorporando esquemas de evaluación de tecnologías que se usan ya en diferentes partes del mundo como, por ejemplo, el Modelo CORE de evaluación de tecnologías sanitarias de la Red Europea de Evaluación de Tecnologías Sanitarias EUnetHTA o los Marcos de Evidencia a la Decisión desarrollados por equipos de trabajo como Grade.

Marcos de la evidencia a la decisión (EtD)

Problema de decisión: ¿Debe autorizarse la comercialización en establecimientos farmacéuticos de pruebas rápidas de antígeno para autodiagnóstico de COVID-19 en Ecuador?							
Población:	Población expuesta o con sospecha de COVID-19						
Intervención:	Autoadministración de pruebas rápidas de antígeno para SARS-CoV-2						
Comparador(es):	No autodiagnóstico o realización de prueba diagnóstica por un profesional de salud						
Resultados:	Desempeño diagnóstico; efectos sobre la salud individual y poblacional; efectos sobre las estrategias de vigilancia y control de la pandemia; costes o coste-efectividad.						
¿El problema es una prioridad?	No	Probablemente no	Insuficiente información	Probablemente sí	Sí	Varia	
¿Cuál es la magnitud de los efectos deseables anticipados?	Insignificantes	Pequeños	Moderados	Grandes	Varian	Se desconoce	
¿Cuál es la magnitud de los efectos indeseables anticipados?	Grandes	Moderados	Pequeños	Insignificantes	Varian	Se desconoce	
¿Cuál es la certeza de la evidencia sobre efectos deseables e indeseables?	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Varia	Se desconoce	
¿Cuál es la incertidumbre o variabilidad sobre la valoración social de los resultados?	Incertidumbre o variabilidad importantes	Posiblemente hay incertidumbre o variabilidad importantes	Probablemente no hay incertidumbre ni variabilidad importantes	No hay variabilidad o incertidumbre importante			

Marcos de la evidencia a la decisión (EtD)

Minuto 00:45:38

Para esto necesitamos también que hayan otras herramientas y es por eso que se ha trabajado en generar Marcos de Evidencia a la Decisión que sean más transparentes y explícitos, por eso el país está incorporando el marco EtD: Evidence to Decision Framework, para la evaluación de la incorporación de medicamentos que no están en la lista de medicamentos esenciales, pero se va a armonizar esto también con la inclusión de medicamentos a la lista de medicamentos esenciales.

Tarifa de preferencias sociales en Ecuador para los 243 estados de salud del cuestionario EQ-5D-3L



5 dimensiones

- 1 Movilidad
- 2 Cuidados personales
- 3 Actividades habituales
- 4 Dolor/molestias
- 5 Ansiedad/depresión

3 niveles

- 1 Sin problemas
- 2 Problemas moderados
- 3 Problemas graves

N°	Estados de salud	Valoración estimada
1	11111	1
2	11211	0,972
3	21111	0,969
4	12111	0,965
5	11112	0,963
6	11121	0,959
7	21211	0,906
8	12211	0,903
9	11212	0,900
10	22111	0,899

N°	Estados de salud	Valoración estimada
184	23223	0,386
185	32132	0,385
186	32322	0,368
187	22332	0,364
188	32223	0,361
189	22233	0,356
190	33222	0,352
191	23232	0,348
192	32232	0,323
193	13313	0,314

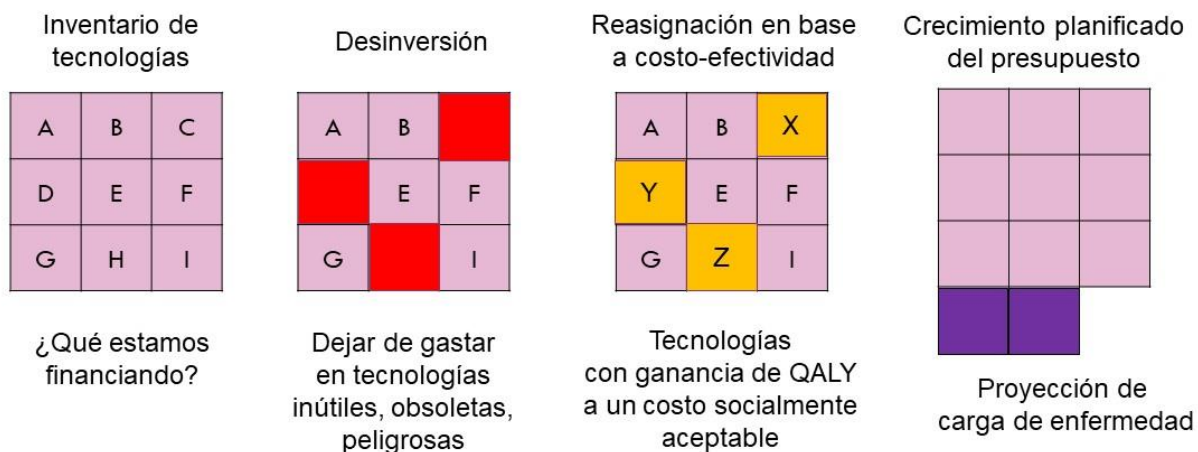
Fuente: Encuesta para la valoración social de los estados de salud en la población ecuatoriana

Tarifa de preferencias sociales en Ecuador para los 243 estados de salud del cuestionario EQ-5D-3L

Minuto 00:46:14

También hemos trabajado ya desde hace varios años como país en generar herramientas que nos permitan evaluar calidad de vida relacionada con la salud. Ecuador cuenta ya desde el año 2019 con la tarifa de preferencias sociales para los 243 estados de salud del cuestionario EuroQol 5D de tres niveles que nos permite, por ejemplo, desarrollar estudios de costo-utilidad para la evaluación de tecnologías sanitarias o monitorear el cómo las intervenciones en salud modifican la calidad de vida de las personas en el proceso de atención.

Calidad de la inversión y el gasto: Acciones a considerar



¡Siempre negociar!

Calidad de la inversión y el gasto: Acciones a considerar

Minuto 00:46:57

Por lo tanto, recuerden que, en primer lugar, siempre necesitamos saber qué estamos financiando. Como países necesitamos hacer un inventario de las tecnologías que financiamos, eso nos permite identificar también en qué tecnologías tenemos que dejar de invertir para liberar y reasignar recursos a intervenciones que tengan mejor retorno de inversión, por ejemplo, a partir de estudios de costo-efectividad y que, a partir de las proyecciones de carga de enfermedad y de crecimiento poblacional, podamos también hacer un crecimiento planificado de los presupuestos para la inversión en salud; e insisto en este mensaje, siempre estar dispuestos a negociar.

Etapas y criterios a considerar en el desarrollo del CNMB



Etapas y criterios a considerar en el desarrollo del CNMB

Minuto 00:47:48

Es por eso que en este momento se están modificando también los criterios para el desarrollo del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos y estamos en una discusión de cuál debería ser el marco de análisis que nos permita definir quién puede solicitar inclusión de medicamentos, con qué periodicidad, con qué requisitos, qué instancia se encarga de la priorización de la evaluación, cuál de la evaluación, qué instancia de la deliberación y quién decide finalmente las coberturas; y recordando estos principios de transparencia en los procesos, consistencia, reproducibilidad, participación social, rendición de cuentas y responsabilidad.

Normar los aspectos a evaluar en tecnologías diagnósticas

La eficacia técnica y la precisión al diagnosticar no son suficientes



Lijmer JG. Evaluation of diagnostic tests. From accuracy to outcome. PhD Thesis. University of Amsterdam; 2001.

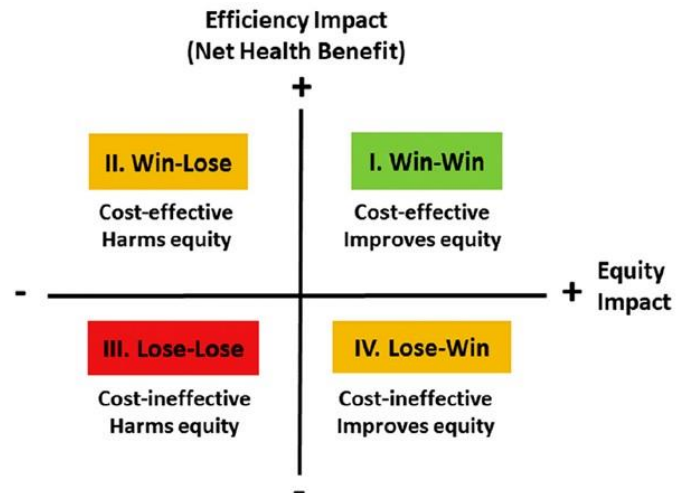
Normar los aspectos a evaluar en tecnologías diagnósticas

Minuto 00:48:35

Finalmente, es importante que como país, ante el aumento del gasto en dispositivos y equipos médicos, por ejemplo, en el campo de diagnóstico, se normen también los aspectos de evaluación de tecnologías sanitarias de dispositivos médicos y de equipos porque muchas veces hacemos adquisiciones basados en argumentos como eficacia técnica o precisión diagnóstica, pero nos olvidamos de cuál es el verdadero aporte social y los resultados en los pacientes que pueden generar las tecnologías diagnósticas y esa es, en este momento, una deuda que tenemos como subsistemas de salud en la mejora de los procesos de evaluación y adquisición de dispositivos y equipos médicos.

Desarrollos metodológicos a considerar: coste efectividad distributiva / coste-equidad

- Los estudios de eficacia y coste-efectividad por lo general **no abordan cuestiones de equidad** de interés para los tomadores de decisiones:
 - la **distribución de los costos de oportunidad en salud** de los programas que aumentan los costos
 - **impactos distributivos dentro de la población general**
 - tamaños de los **impactos sobre la equidad** entre programas de salud



Richard Cookson, et al. Distributional Cost-Effectiveness Analysis Comes of Age. Value Health 2021; 24(1):118–120.

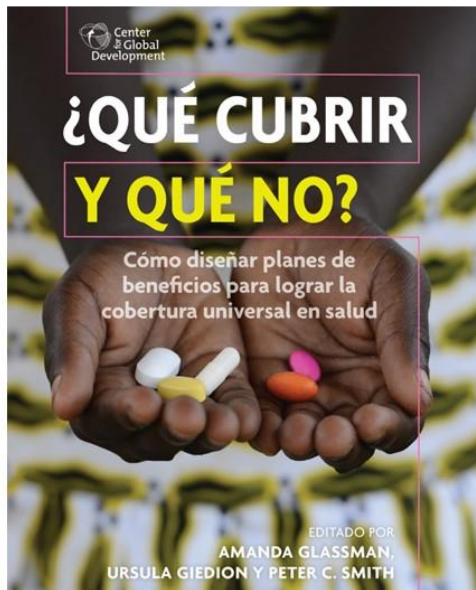
Desarrollos metodológicos a considerar: coste efectividad distributiva / cote-equidad

Minuto 00:49:26

Quiero terminar con esto que será objeto de uno o varios webinars en el futuro por distinguidos expositores que tienen mucha experiencia en estos temas: también necesitamos ir más allá de la coste-efectividad o de los impactos presupuestales porque a la larga lo que queremos evaluar como sistemas públicos de salud es de qué manera la incorporación de nuevas tecnologías no solamente mejoran la calidad de vida relacionada con la salud de las personas sino también de qué manera reduce las inequidades en los diferentes grupos de la sociedad y es allí en donde probablemente tengamos que incorporar pronto metodologías que nos ayuden a evaluar la coste-equidad o la coste-efectividad distributiva para ir más allá de la evaluación medicamento por medicamento o tecnología por tecnología.

Esto, como les digo, será objeto de nuevos webinars, por lo tanto, más bien les dejo la expectativa en torno a webinars relacionados con este tema.

Recursos recomendados



¿QUÉ FINANCIAR EN SALUD & A QUÉ PRECIO?

Ya puedes **inscribirte** a este curso en línea, de acceso gratuito, que profundiza en dos estrategias clave para la toma informada de decisiones en salud: **priorización explícita y herramientas para lograr precios más accesibles en medicamentos**

El curso cuenta con la orientación de más de **40 expertos** en priorización explícita y regulación de precios a nivel mundial.

Acompáñanos al webinar de lanzamiento este 30 de septiembre de 2020

Regístrate al curso aquí

*El curso será dictado en español. La versión en inglés estará disponible a partir de la primavera de 2021

BID Preparando vidas Center for Global Development edX

<https://www.edx.org/course/que-financiar-en-salud-y-a-que-precio>

Recursos recomendados

Minuto 00:50:45

Y recomendarles dos recursos. Yo creo que vale la pena recomendar un libro publicado recientemente, ahora ya traducido al español y es: "¿Qué cubrir y qué no?" en donde hay una serie de documentación de buenas prácticas y de experiencias sobre cómo diseñar planes de beneficios para lograr cobertura universal en salud; y, por supuesto, en el ámbito de formación continua, el curso de: "¿Qué financiar en salud y a qué precio?" que tiene disponible el Banco Interamericano de Desarrollo en la plataforma edX.

Yo voy a quedarme aquí y más bien le paso la palabra a Katherine o a Cristina para ver si hay preguntas por parte de la audiencia. Muchísimas gracias.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Moderadora: Cristina San Román

Minuto 00:51:31

Cristina San Román: Muchísimas gracias, doctor Henríquez, por su presentación, creo que todos los países en la región se sintieron identificados con los datos que nos presentó y, como bien lo mencionó, estas decisiones tienen un costo real en términos de vidas perdidas y crecientes brechas en equidad.

Hemos recibido varias preguntas, varias de estas fueron respondidas a lo largo de su presentación. Me gustaría rescatar una que nos hizo Ruth Lucio: quisiéramos saber su opinión respecto a generar una o varias instancias técnicas negociadoras, por ejemplo, de evaluación de tecnologías, que permitan lograr precios más bajos o descuentos importantes ¿Cuáles serían las recomendaciones que usted tiene para crear esta o estas instancias?

Minuto 00:52:21

Rodrigo Henríquez: Muchas gracias por la pregunta. Yo creo que hay varias posibles respuestas. Lo primero es insistir en este mensaje de mantener la predisposición de negociar. Muchos de los países toman instrumentos como los tarifarios de prestaciones como catálogos de compra o de adquisición sin entender, por ejemplo, que estos tarifarios más bien son precios referenciales techo que son una base para negociar. Por lo tanto, si es que no es posible la creación de instancias centralizadas, por ejemplo, a agencias adscritas para realizar la negociación en mejores condiciones de la adquisición de tecnologías, por lo menos cada subsistema debería crear una instancia.

Yo creo que un primer paso es el hecho de que hayan unidades de evaluación de tecnologías sanitarias dentro de los subsistemas y a partir de allí habrá que pensar en articular estas unidades de evaluación de tecnologías para no duplicar trabajo. Y yo sí creo que una buena alternativa es pensar en entidades públicas adscritas a la autoridad sanitaria nacional o a otra entidad reguladora que se encargue, por ejemplo, de la agregación de demanda para la adquisición de tecnologías, por ejemplo, centrales nacionales de abastecimiento como la experiencia de Chile o de otros países.

Minuto 00:53:54

Cristina San Román: Perfecto. Tenemos otra pregunta que nos hizo Mariano Rayo sobre el tema de los acuerdos gestionados o acuerdos de entrada gestionada: ¿Cuáles crees que son los retos para nuestros países en la aplicación de este tipo de acuerdos?

Minuto 00:54:13

Rodrigo Henríquez: El primer reto tiene que ver con el mejorar nuestros marcos regulatorios, nuestros marcos normativos. La mayoría de países tienen sistemas de compra pública en donde se adquieren ítems, es decir, yo adquiero cierto número de unidades de un bien, por ejemplo, unidades de medicamentos, y no necesariamente los marcos regulatorios o normativos permiten que hayan

estos mecanismos de negociación de riesgo compartido o, por ejemplo, negociación con generación de evidencias. Yo creo que el primer reto tiene que ver con el plantear y poner sobre la mesa la existencia de estos mecanismos de adquisición y, a partir de allí, pensar qué reformas normativas o regulatorias son necesarias para incorporar estas estrategias dentro de nuestros sistemas de compra pública.

Y yo creo que el segundo reto tiene que ver, sobre todo, con cómo priorizar, es decir, estas son herramientas de negociación o herramientas de adquisición, pero no hay que verle cara de clavo a todo cuando nos dan un martillo y, por lo tanto, el seleccionar muy bien para qué grupos de tecnologías estos mecanismos de riesgo compartido o de acceso gerenciado pueden ir mejor. Por ejemplo, yo empezaría con medicamentos huérfanos o de alto precio o para condiciones raras de baja prevalencia o catastróficas en donde yo tengo que enfrentarme a tecnologías innovadoras que muchas veces son parte de un mercado monopólico; o, por ejemplo, cuando tengo incertidumbres todavía con respecto a la madurez de la evidencia en torno a la efectividad de ese tipo de tecnologías. No lo aplicaría, por ejemplo, para la compra de medicamentos esenciales donde tengo 5, 10 o 20 competidores en el mercado, ahí probablemente la agregación de demanda, compra centralizada o subastas diversas sean una mejor alternativa.

Minuto 00:56:22

Cristina San Román: Muchísimas gracias por esa respuesta tan clara. Hemos llegado al final de la sesión de hoy. Estamos seguros de que podríamos seguir hablando sobre lo que implica la presión tecnológica en la sostenibilidad de los sistemas sanitarios, pero también sobre los aspectos de ética y de equidad en las decisiones de política en salud, pero desafortunadamente el tiempo se nos está acabando.

Me gustaría agradecer una vez más al doctor Henríquez por su tiempo y por compartir sus conocimientos con todos los presentes en la sesión del día de hoy. Le paso la palabra a Katherine para cerrar la sesión.

Minuto 00:57:01

Katherine Del Salto: Muchas gracias, Cristina, y muchas gracias, Aquiles, realmente una presentación super completa y super interesante. Como dijo Cristina, lastimosamente se nos acaba el tiempo, pero tenemos guardadas sus preguntas así que las podemos pasar a Aquiles y tal vez completarlo una vez que tengamos el video disponible en la página web.

Dejé en el chat los accesos tanto para el MOOC que mencionó Rodrigo que además está ya disponible para su inscripción y empieza el primero de julio, así que en menos de diez días. Es un curso super completo en el que participaron muchísimos expertos a nivel internacional así que les animamos a que se inscriban y lo hagan, es totalmente gratuito y además está seccionado en módulos, así que para aquellos funcionarios públicos que nos acompañen y que están siempre muy ocupados, pueden escoger el tema en el que quisieran enfocarse, hay un módulo específico de medicamentos, de beneficios, de métodos analíticos en el que se discute costo-efectividad y análisis multicriterio, entre otros; así que es realmente una herramienta muy completa, les animamos a que se inscriban. Tienen también en el chat el link a la página web y a las publicaciones y ahí es donde estará disponible el

video de este evento y de todos nuestros anteriores eventos, también la presentación y ponemos a disposición la transcripción en escrito para quienes estén interesados.

Antes de despedirnos quisiera invitarles desde ya, como mencionó Rodrigo, al webinar de julio en el que de la mano de Susan Griffin, que es una académica muy reconocida de la Universidad de York, estaremos hablando justamente del análisis de costo-efectividad distributivo y de cómo podemos integrar el concepto de equidad en las evaluaciones económicas de tecnologías de salud, así que estamos super contentas de poder ofrecer ese webinar que además se ata perfectamente con el tema que acabamos de escuchar hoy sobre cómo estas decisiones realmente impactan en la salud poblacional, pero también en la equidad en salud de nuestras poblaciones, así que esperamos verlos a todos y todas el próximo mes. Muchas gracias por acompañarnos hoy y, nuevamente, muchas gracias a tan excelente panelista. Con esto cerramos, buena tarde para todos.



CRITERIA

Regional Network on Explicit Priority
Setting and Health Benefits Plans



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