

Gasto en enfermedades crónicas

Mg. Miguel Figallo Brero

Gerente de Proyectos de Apoyo Consultoría

Les hablaré un poco sobre la innovación, especialmente en el contexto de la ley del cáncer.

Esta temática se alinea bien con lo que hemos discutido, especialmente en la tarde.

Cuando hablamos de innovación, no necesariamente nos referimos a la cura del cáncer. A menudo, asociamos la innovación con algo positivo pero costoso. Sin embargo, esta percepción no es siempre cierta, y es precisamente lo que debemos discernir para mejorar la salud.

De hecho, una de las preguntas que mencionaba el profesor Ozondu, que presentó anteriormente, era cómo hacer el gasto en salud más eficiente. Una de las respuestas es a través de la innovación, porque puede reducir costos.

Imaginemos un tratamiento para el cáncer que debe ser aplicado de manera intravenosa y que requiere dos medicamentos. Ahora, supongamos que, gracias a la innovación, podemos reducir estos dos medicamentos intravenosos a solo uno, y que este sea subcutáneo. Aunque el precio del medicamento sea el mismo, ahorramos en varios aspectos.

Ahorramos en los costos del medicamento porque, al no tener dos, dejamos de fraccionar. Al ser subcutáneo y no intravenoso, ahorramos en el material que se utiliza, como las cánulas. Además, ahorramos en personal.

Esto no significa que vayamos a despedir a alguien; simplemente, en un sistema saturado como el que tenemos, liberamos recursos. Esto permite mejorar la atención de los pacientes, ya que un medicamento administrado de manera subcutánea demora menos tiempo en aplicarse, requiere menos supervisión y libera otras capacidades del sistema de salud.

La quimioterapia, al ser intravenosa, implica que un paciente ocupe un sillón en la sala del hospital, utilizando infraestructura. Si uno desea expandir el tratamiento, no solo requiere adquirir más medicamentos, sino también contar con más infraestructura. Este ejemplo de supuesta innovación podría liberar esos recursos. Además, y quizás lo más importante desde mi perspectiva (no soy médico, pero he sido paciente), es considerar los costos para el paciente: su tiempo, comodidad, seguridad y la posibilidad de decidir.

La innovación puede reducir todos estos costos, no solo uno. Y este ejemplo no es hipotético; es algo que hemos analizado y que ya existe. En Perú, aún aplicamos el tratamientos intravenosos con dos fármacos y no el subcutáneo.

Espero que este análisis sea publicado pronto. Sería ideal que se compartiera en una revista internacional. Pero este n

o es el único ejemplo. Deberíamos considerar todos los casos y decidir en consecuencia. Sin embargo, hay situaciones en las que la innovación sí resulta más costosa para el sistema de salud.

Para los médicos presentes, cuando discutan este tema, les sugiero que muestren el siguiente estudio realizado para el Reino Unido. Se analizó cuánto se ahorraría con la prevención del cáncer, no solo con el tratamiento temprano.

Los resultados indican que, por prevenir cánceres evitables, se ahorrarían 78,000 millones de libras. Lo sorprendente es que el 90% de estos ahorros no provienen del sistema de salud, sino del paciente y de la economía.

Aunque pueda parecer costoso para el sistema de salud si lo vemos de forma aislada, desde una perspectiva social, invertir en el tema del cáncer es rentable. No es un gasto, es una inversión. Es esencial entender esto y buscar los recursos necesarios, demostrando que es una inversión.

La innovación puede ser una excelente inversión. Presentamos un estudio que hicimos en APOYO específico para cáncer de mama HER2+ en Perú, con datos peruanos, que presentamos en una conferencia de ISPOR (Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados) que es quizás la entidad mundial más importante en economía de la salud.

Según el estudio, si nos apejáramos a estándares regionales, no a los de Suiza, y promoviéramos la detección temprana de pacientes con diagnóstico de este cáncer, logrando aumentar la cantidad de pacientes diagnosticados en estadios tempranos, el sistema de salud ahorraría 32 millones de soles, solo en ese tipo de cáncer.

Eso representa un ahorro directo para el sistema de salud. Imaginen cuánto estaría ahorrando la economía y cuánto estaría ahorrando el paciente. Aunque no lo cuantifiquemos en dinero, esto se traduce, para las pacientes con este tipo de cáncer, en más de 780 años de vida saludable, solo por tratamiento temprano.

La liberación de recursos, que es crucial, nos lleva a dos cuestiones discutidas anteriormente: ¿cómo conseguir más recursos y cómo hacer que los recursos actuales sean más eficientes? Esta mayor eficiencia puede ser reinvertida. Podemos invertir en pacientes que son diagnosticados más tarde o en áreas en las que actualmente no invertimos. Por ejemplo, podríamos invertir en tratamientos paliativos, que evidentemente tendrían un costo, pero representan una inversión necesaria para la sociedad.

En ciertos subsistemas de salud en Perú, el cáncer de ovario solo se trata con quimioterapia, sin ningún fármaco aprobado específicamente para ello.

El cáncer de pulmón se trata con medicamentos de primera generación, cuando ya existen tratamientos de tercera generación en el mundo. Adoptar esta innovación tendrá un costo, pero también traerá beneficios para el paciente y la economía.

Entonces, ¿hacia dónde debería dirigirnos la innovación?

No se trata simplemente de adoptar cualquier innovación que surja en laboratorios de países como Estados Unidos o Alemania. Debemos tener un objetivo claro.

Personalmente, me ha sido útil considerar el concepto de la "triple meta". Es un enfoque que sugiere que, a través de la innovación, podemos

- reducir los costos de atención por paciente,
- mejorar la salud de la población y
- mejorar el cuidado del paciente.

Para alcanzar esta triple meta, debemos enfocarnos en tres conceptos clave: innovación, negociación y evaluación. La evaluación, como explicaba la doctora Aliaga (*Presidenta del Comité Farmacoterapéutico del INEN*), es fundamental para determinar qué innovaciones nos ayudarán a alcanzar estos objetivos. Y, por supuesto, no podemos demorarnos en este proceso.

En otro estudio que realizamos, observamos que desde la aprobación del TRASTUZUMAP en Estados Unidos hasta su adquisición masiva en Perú, transcurrieron 18 años. No podemos permitirnos esperar 18 años. ¿Cómo nos asiste la ley del cáncer? ¿Cómo ha facilitado el proceso? La ley del cáncer es, en realidad, excelente. Sin embargo, que algo esté en la ley no garantiza su implementación, ni que se haga correctamente.

Para impulsar la discusión durante estos días, quiero abordar tres puntos específicos y reflexionar sobre cómo concretar lo estipulado en esta ley. ¿Cómo cerramos estas brechas? ¿Qué hacemos en términos de negociación?

Para ilustrar, les hablaré sobre una situación en México, un poco al norte de Chiclayo. En México, implementaron una estrategia de negociación diferenciada para la adquisición de medicamentos. El BID evaluó los resultados. En México, desarrollaron herramientas específicas para la negociación, estableciendo qué y cuándo negociar, y bajo

qué parámetros. Además, establecieron un cronograma de prioridades y formaron una comisión encargada, integrada no solo por directores de hospitales y el Ministerio de Salud, sino también por el Ministerio de Economía. Como resultado, México logró ahorrar más de 400 millones de dólares en un año, simplemente mejorando su estrategia de negociación.

En cuanto a la evaluación, actualmente contamos con diversos agentes, cada uno con sus propios criterios de evaluación. Como mencionaba la doctora Aliaga, los umbrales pueden variar, lo que puede resultar en conclusiones diferentes entre instituciones.

Esto, a su vez, puede generar inequidades en el sistema. Por ejemplo, un paciente con SIS y otro con EsSalud podrían tener acceso a tratamientos diferentes según su aseguramiento, creando, en la práctica, ciudadanos de segunda categoría en el país, al menos en el ámbito de la salud.

Esto es inaceptable. Una solución potencial está en la RENETSA, que, aunque aún tiene aspectos por mejorar, debería ser la entidad encargada de establecer los parámetros de evaluación.

¿Cómo evaluamos y aseguramos que todos los peruanos tengamos acceso a las mismas innovaciones? Y, por último, la adopción oportuna: no podemos demorarnos.

¿Qué sucede con los umbrales? A veces, es una discusión técnica, pero es una conversación que no hemos sostenido como sociedad. Es importante porque establecer un umbral no es sencillo. ¿Cómo procedemos cuando evaluamos tecnologías de alto costo, aquellas que pueden representar una inversión significativa?

Si establecemos un umbral muy bajo, evidentemente cuidaremos nuestro presupuesto, pero ¿a qué costo? No adquiriremos nada. Si el umbral es bajo, tendremos bajos costos, pero también bajos beneficios. Por otro lado, si el umbral es muy alto, obtendremos más beneficios, pero a un costo que podría hacer insostenible el sistema.

Si trazamos una línea que conecte todas las posibles combinaciones de costos y beneficios, probablemente obtendremos una curva. En algún punto de esa curva, encontraremos un umbral óptimo, donde la decisión maximiza el beneficio y minimiza los costos del sistema.

Esta es una discusión que aún no hemos tenido. Y debido a que no la hemos sostenido, nos demoramos cuando alguien presenta una evaluación y dice: "Esto te proporcionará 1,000 años de vida saludable y te costará un millón de soles". No sabemos si tomar esa decisión porque pensamos en el costo, pero también sopesar el beneficio en términos de vidas salvadas. No lo tenemos claro, y es una conversación que debemos tener.

Con esos puntos, concluyo mi presentación.