

Fondo solidario de medicamentos: ¿representa un buen uso de los recursos?

Solidarity fund for medicaments: does it represent a good use of health resources?

Sr. Editor: El acceso a medicamentos de alto costo, en especial aquellos para el tratamiento de enfermedades raras y algunas enfermedades no incluidas en el AUGE, se ha posicionado como un tema de alta importancia en la agenda de las políticas de salud. Como consecuencia de este debate se ha planteado la necesidad de crear un fondo especial de medicamentos, el cual empezaría a funcionar en el año 2014. Resta preguntarse si el uso de este dinero representa un adecuado uso de los recursos públicos de salud.

El adecuado uso de los recursos en una nueva intervención de salud implica que las nuevas tecnologías financiadas deben ser costo-efectivas, es decir, que los beneficios que se obtienen por el gasto incurrido son al menos de la misma magnitud que si esos recursos fuesen destinados a hacer más de lo que el sistema hace actualmente. En definitiva, es una comparación entre unidades de beneficios (netos) entre pacientes con distintos problemas de salud, pacientes que a la luz de la autoridad sanitaria debiesen tener igual prioridad por el acceso a los limitados recursos públicos. Existe una amplia gama de tratamientos que han sido demostrados no costo-efectivos para sistemas de salud que gastan mucho más que el chileno y son al menos tan eficientes como el nuestro. Por lo tanto, es muy posible que gran parte de las intervenciones que este nuevo fondo de medicamentos financie no sean costo-efectivas, lo que quiere decir que se obtendría más salud en la población si es que esos recursos fuesen destinados a otras actividades del sector salud.

Sin embargo, la necesidad de dar acceso a cuidados de salud a pacientes que padecen una enfermedad rara o que actualmente no está dentro del régimen AUGE es un requerimiento de la sociedad chilena que no puede ser obviado. Es decir, el argumento económico de costo-efectividad, utilizado como regla de decisión que determine el acceso, parece no ser suficiente. El valor implícito es que la sociedad está dispuesta a sacrificar salud de algunos pacientes por atender estos otros pacientes que padecen enfermedades cuyos tratamientos existen pero no están a su alcance. Aun cuando

muchos pacientes están esperando por atención de salud y en la práctica no están teniendo acceso a los tratamientos oportunos, el enfrentar un sistema que niega el acceso por falta de recursos parece no ser tolerable. Este ha sido una de las mayores dificultades que ha enfrentado, por ejemplo, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) que da recomendaciones de adopción o rechazo de tecnologías en Inglaterra y Gales, lo cual ha obligado al gobierno inglés a crear un fondo especial, tal cual se ha planteado en Chile. En consecuencia, resulta al menos comprensible la creación de un fondo especial para financiar este tipo de problemas de salud, incluso entendiendo que el gasto en que estamos incurriendo tiene un elevado costo de oportunidad para el propio sistema de salud.

Si bien parte de la sociedad puede quedar tranquila con el argumento de atender las necesidades de grupos de pacientes que antes estaban desprotegidos de cuidados de salud, existe otra parte de la sociedad que no estará tranquila sabiendo que el costo implícito que este fondo tiene es salud que está siendo sacrificada en otros pacientes, aquellos que no somos capaces de identificar. ¿Cómo puede enfrentar este problema la autoridad sanitaria? La solución requiere entender cómo opera el mercado de medicamentos de alto costo y nuestras herramientas metodológicas para estimar el valor que estas tecnologías tienen para nuestro sistema de salud.

En los mercados que funcionan bien (o casi bien) el precio de un bien representa (aproximadamente) no sólo el costo (marginal) de producir ese bien sino también el beneficio (marginal) que el individuo percibe al adquirir ese bien. En salud los mercados no trabajan bien y en particular en el mercado de medicamentos de alto costo y enfermedades raras el mercado trabaja bastante mal. No sólo existe uno o muy pocos proveedores del medicamento sino que también debemos lidiar con bastante incertidumbre de los beneficios (netos) de salud que podemos esperar de su uso en nuestra población. En estos casos el precio no representa el beneficio (marginal) y por lo tanto el verdadero desafío es buscar ese precio escondido o sombra, que representa el máximo que el sistema de salud debiera estar dispuesto a pagar.

La búsqueda de este precio es una labor que finalmente recae en aquellos que englobamos como tomadores de decisión, lo cual no sólo incluye a

la autoridad sanitaria en su nivel central sino que también a médicos y gestores clínicos que, desde sus diferentes posiciones, deciden la adquisición de tecnologías sanitarias. Este proceso puede ser apoyado técnicamente por metodologías de análisis *ex-ante*, como el análisis de costo-efectividad, lo que permite identificar el precio máximo que debiese ser pagado. Por otro lado, el riesgo de que un tratamiento ocurra tal cual se espera debe ser asumido por ambas partes, el que vende la tecnología y reclama tener un producto con un efecto determinado y el que paga por dicho efecto. Esto se puede implementar a través de los llamados esquemas de riesgo compartido, los cuales debiesen estar siempre en la carpeta de opciones de financiamiento.

En consecuencia, la definición de un fondo especial de medicamentos tiene lógica desde el reconocimiento del valor social de dar acceso a cuidados de salud a grupos desatendidos por el Estado. No obstante, esto implica sacrificar salud de otros pacientes que, aunque no identificados y cuantificados, sabemos que existen. La autoridad sanitaria enfrenta el desafío de implementar este

nuevo fondo haciendo un uso lo más apropiado posible de esos recursos limitados, lo cual sólo puede ser abordado a través del establecimiento de procesos donde la autoridad sanitaria termine pagando un precio justo por los beneficios esperados.

**Manuel Antonio Espinoza^{1,a},
Báltica Cabieses^{2,b}**

¹*Departamento de Salud Pública, Pontificia
Universidad Católica de Chile.*

²*Facultad de Medicina, Universidad
del Desarrollo. Santiago de Chile.*

^a*Médico Epidemiólogo, Doctor en Economía
(MSc PhD).*

^b*Enfermera Matrona, Doctora en
Epidemiología Social (MSc PhD).*

Correspondencia a:

Dr. Manuel Antonio Espinoza

Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Pontificia
Universidad Católica de Chile. Marcoleta 434, Santiago, Chile.

Tel: 56(02)23546807

maespinoza@med.puc.cl