

Medicamentos oncológicos: “Modelo de gestión y financiamiento”

*Silvia Giselle Guevara.
Verónica Natalia Russo.*



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo propone **el análisis de la prestación de medicamentos oncológicos** que forma parte de un universo más amplio constituido por el segmento de medicamentos especiales, conociéndose a éstos a aquellos indicados en patologías que presentan baja prevalencia pero alto impacto en lo económico – denominadas patologías especiales de alto costo y baja incidencia -.

El mismo surge de la necesidad de buscar decisiones que se adapten al actual escenario caracterizado por la *amenazante escasez de recursos* debido a:

- ❖ Una demanda creciente de medicamentos por el aumento de las tasas de uso correlacionadas con el incremento de la incidencia de neoplasias que requieren ser tratadas con terapias farmacológicas.
- ❖ Avances de la tecnología cada vez más rápidos que promueven tratamientos más costosos obligando a destinar una mayor asignación de recursos para este rubro.

El problema más importante que se presenta ante esta situación es *cómo permitir el acceso equitativo de la población a las terapias más efectivas, es decir, con iguales oportunidades de provisión en función de las necesidades de cada individuo.*

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

ESCENARIO ACTUAL

El modelo de gestión de medicamentos de alto costo, entre éstos, los **oncológicos** se ha convertido en un tema relevante cuando se habla de gerenciamiento de la prestación en medicamentos.

Su importancia radica en su creciente participación en el gasto lo cual obliga a la implementación de un modelo de gestión eficiente en el que participen todos los actores del sistema para asegurar equidad en el acceso a este tipo de medicamentos.

La experiencia muestra que la masa de pacientes en tratamiento se halla en curso ascendente, tendencia que se debería a:

- *Incidencias ascendentes* de determinadas localizaciones tumorales.
- *Nuevas indicaciones de la quimioterapia antineoplásica* para tratamientos adyuvantes o neoadyuvantes.
- *Detección precoz de patologías neoplásicas* gracias a un mejor acceso a la atención primaria.
- *Envejecimiento de la población* lo que conlleva a mayor riesgo de afección de este tipo de patologías.
- *Selección adversa*: las personas podrían ocultar, en el momento de su afiliación, patologías preexistentes encontrando en la seguridad social el medio de financiamiento de sus problemas de salud. Se recuerda, al respecto, que no se contemplan carencias en usuarios en relación de dependencia y para monotributistas las carencias se prolongan solo por tres meses.

La variabilidad de costos entre distintas entidades podría explicarse en:

- Ausencia de guías clínicas que regulen y estandaricen la práctica médica.
- Composición de la población según rango de edades, estilo de vida, perfil socio-económico y cultural.
- Escasez de estudios fármaco económicos.

- Falta de una política de incentivos que promueva decisiones que otorguen beneficios sociales.
- Fragmentación de intereses entre quienes son los responsables de la prestación en sus distintos ámbitos.
- Variabilidad de la práctica médica.
- Variabilidad de los perfiles epidemiológicos.

Hoy en día, en el sector de medicamentos oncológicos nos preocupa la alta dispersión de costos entre diversos tratamientos quimioterápicos para una misma patología. Por ejemplo:

Ca. Pulmón (NSCLC)*: Costos entre dos esquemas de primera línea	
Esquema terapéutico	Costo
Esquema 1. Paclitaxel 300 mg + carboplatino 600 mg	\$7,200.0
Esquema 2. Gemcitabine 6 gr + carboplatino 600mg	\$11,500.0

* Cáncer de Pulmón Células No Pequeñas.

Decididamente, desde la perspectiva planteada, la postura sería a favor del esquema 1. Sin embargo, suponiendo que la efectividad sea semejante, ¿tenemos en cuenta otros costos directos e indirectos que se correlacionen con estas terapias?

El laboratorio Eli Lilly, que era el único productor de gemcitabine hasta hace poco tiempo, ha divulgado estudios que demuestran, en el Ca. Pulmón, que los costos directos por efectos adversos y hospitalización harían a éste más eficiente en términos de recursos destinados¹. Asimismo la velocidad de respuesta y tiempo de

¹ Evaluación económica en un estudio clínico randomizado fase III comparando gemcitabina/cisplatino vs. etoposido/cisplatino en el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Noviembre de 2008

progresión favorecen a esa asociación como la de mejor relación de costo efectividad. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿Estos estudios han sido adecuadamente diseñados, los resultados son confiables para la toma de decisiones cotidianas?

Actualmente somos partícipes de innovaciones importantes, desarrollo de moléculas conocidas como anticuerpos monoclonales, modificadores biológicos o las denominadas “moléculas pequeñas” cuyo beneficio radica en su baja toxicidad y alta especificidad sobre las células tumorales.

El costo de algunas de estas drogas es a título informativo:

Herceptin (trastuzumab) Ca Mama...\$12,300.0 (cada tres semanas de tratamiento).

Mabthera (rituximab) LNH.....\$17,435.0 (700 mg por ciclo, se autorizan entre 4 y 6 ciclos).

Erbix (cetuximab) Ca Colon\$11,162.0 por ciclo semanal (mínimo estimado: 4 - 8 semanas de tratamiento).

Iressa x 30 comp (Gefitinib) Ca. Pulmón....\$12,227.0 por mes. Se indica hasta progresión de enfermedad. Su efectividad se halla cuestionada.

Glivec 400 mg x 30 comp (imatinib) LMC.....\$7,724.0 por mes. (dosis 400 mg por día en fase crónica) tratamiento prolongado mientras haya respuesta.

Glivec 100 mg x 180 comp (imatinib) LMC.....\$11,586.0 por mes. (dosis 600 a 800 mg por día en fase acelerada de la enfermedad).

Velcade iny (bortezomid) Mieloma Múltiple.....\$8,365.0 por ciclo de 2 semanas cada 28 días.

Avastin último medicamento aprobado por ANMAT en el trat. Ca. Colon o RECTO METASTASICO como primera línea asociado a quimioterapia con costos semejantes al Erbitux. Costo mensual (aplicación quincenal)...\$22,600.0 aproximadamente. Duración del tratamiento hasta progresión de la enfermedad.

Mientras continúe en aumento la tasa de uso de estas monodrogas y se divulguen más este tipo de terapias admitiéndose como prácticas cotidianas, los problemas de asignación de recursos serán cada vez mayores y serios.

Todas estas circunstancias presentadas comprometen los principios de *acceso* y *equidad* y nos lleva a cuestionar cómo poder preservarlos con el objeto de asegurar beneficios para toda la población en su conjunto, y cómo lograr una asignación justa de los recursos limitados asunto que se correlaciona con la Economía del Bienestar al considerarse a la Salud como un bien tutelar independientemente de la capacidad de pago de cada persona.

Los costos pueden ser *fijos*, independientemente de la cantidad producida o volumen de actividad (p.e: gastos de servicios como costo ponderado) o *variables* (p.e: insumos, alimentación, laboratorio, farmacia, estudios de diagnóstico) que se ajustan al nivel de producción. Asimismo se catalogan en diferentes tipos como se detalla en la tabla.

Tipos de costos

Tipo de costo	Definición	Características relevantes
Costos directos	<p>Relacionados directamente con la atención.</p> <p>Comprende los sanitarios y no sanitarios.</p> <p>Involucra una transferencia de dinero para el uso de un recurso (médico, drogas, insumos, etc.)</p>	<p>Se contemplan siempre en los estudios farmacoeconómicos.</p> <p>Sanitarios: medicamentos, pruebas diagnósticas, consultas, tratamiento de efectos adversos, hospitalización, etc.</p> <p>No sanitarios: transporte, cuidados en casa, servicios sociales, etc.</p>
Costos indirectos	<p>Relacionados con la capacidad productiva del individuo.</p> <p>No hay transferencia de dinero (familiar cuidador, lucro cesante, etc.).</p>	<p>Costos asociados a la pérdida de días de trabajo.</p> <p>La inclusión en estudios farmacoeconómicos es debatida ya que no inciden en la producción del estado de salud.</p>
Costos intangibles	<p>Relacionados con el dolor y sufrimiento de los pacientes.</p> <p>Es un dato sociológico o humanístico.</p>	<p>No se incluyen en las evaluaciones económicas por su difícil cuantificación pero sí son tenidas en cuenta en función de su relevancia.</p>

La contabilización del tiempo de los pacientes debe ser considerada, como un factor relacionado a costos y a beneficios. Bajo este aspecto los tiempos asociados al tratamiento de una enfermedad deben ser incluidos y representados como costos en base a valores promedios de salarios de una determinada cohorte de pacientes y, como beneficio, el tiempo de vida ganado gracias a la intervención realizada.

Unidades empleadas para medir los efectos de una intervención analítica

<i>Años de vida ajustados por calidad (AVAC)</i>
Años de vida ganados
Días de dolor evitados
Días de hospitalización evitados
Número de casos prevenidos
Porcentaje de éxitos
Tiempo sin síntomas

Fuente. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. J. Antonio Sacristán del Castillo. Capítulo 2.

La medida de costos es otra variable a cuantificar en este proceso la cual puede efectuarse en forma *prospectiva* en un ensayo clínico y evaluado en cada paciente o bien en forma *retrospectiva* a partir de registros o de base de datos. También puede provenir de un estudio transversal.

❖ **Clases de evaluación económica de medicamentos**

Las distintas maneras de medir los efectos de un determinado fármaco determina la *clase de análisis fármaco económico*. Estos tipos diferentes de abordaje se presentan en la tabla

Tipos de análisis fármaco económicos

Tipo de análisis	Medida de costos	Medida de efectos
Costo-minimización	Unidades monetarias	Efectos equivalentes
Costo-efectividad	Unidades monetarias	Unidades clínicas (p.e: años de vida ganados)
Costo-beneficio	Unidades monetarias	Unidades monetarias
Costo-utilidad	Unidades monetarias	Medida de calidad de vida (p.e: años de vida ajustados por calidad)

Fuente. Farmacoeconomía: Evaluación económica de medicamentos. J. Antonio Sacristán del Castillo. Capítulo 2.

Costo- minimización:

Se utiliza cuando se demuestra que no existe diferencia entre los efectos de las opciones comparadas, en cuyo caso es suficiente comparar los costos para seleccionar la más barata.

Desventajas: No siempre es real la similitud de efectos y no se tienen en cuenta las variables que condicionan tal semejanza (muestras pequeñas, diferencias no detectadas, etc.).

Costo- efectividad:

Evalúa los costos de la intervención y sus resultados expresados en unidades clínicas o naturales. Es el tipo de análisis más frecuentemente considerado ya que utiliza las mismas unidades que en los ensayos clínicos y que en la práctica médica.

Una alternativa presentaría mejor relación de costo / efectividad cuando si bien es más costosa provee un beneficio adicional que es más valioso que el costo adicional.

Desventaja: Permite solo comparar entre opciones cuyos efectos se midan en las mismas unidades. Asume que los años de vida ganados son iguales en calidad o similar el valor de prolongar la vida en distintos grupos etáreos.

Costo-utilidad:

Los efectos de una intervención se cuantifican en una unidad que integra unidades naturales con calidad de vida denominada “años de vida ganados ajustados a calidad de vida” (AVAC o QALYs). Permite comparar distintas opciones al conjugar duración de vida con grado de incapacidad vinculada con esa sobrevida. El puntaje se establece en una escala de 0 (muerte) a 1 (estado saludable) y surge de la opinión de personas expertas.

Este método es útil cuando se evalúan programas o alternativas que prolongan la vida, aún con efectos secundarios significativos como ocurre con la quimioterapia.

Desventaja: Variabilidad de resultados en función del método utilizado y puntaje asignado.

Costo- beneficio:

Tanto los costos como los efectos son medidos en términos monetarios. De esta manera se pueden comparar intervenciones cuyos efectos se expresan en unidades diferentes. Los resultados se presenta en valores económicos de costo/beneficio o aún mejor como beneficio neto: diferencia entre costos y beneficios, es decir, ahorro por cada unidad monetaria invertida.

Desventajas: Es difícil transformar las unidades de salud en expresión monetaria (costos relacionados con la calidad de vida, el sufrimiento, etc.). Una de las opciones que se contemplan para esta valoración económica es la “disponibilidad a pagar”.

En todos los casos en los que el estudio dura más de un año (los costos y los efectos se producen en un período mayor de un año) se tiene que calcular *una tasa de descuento* que se correlaciona con la preferencia temporal de la sociedad en posponer el consumo presente a favor del futuro (prefiere retrasar los costos de la intervención hacia el futuro) o bien porque varía el rendimiento de los recursos presentes en el futuro debido a las posibilidades de inversión. Asimismo esto se da porque la comunidad valora más los resultados en salud en el presente.

El análisis de los resultados se efectúa por intermedio de dos cálculos:

Análisis incremental: Compara, mediante la relación, diferencia de costos y diferencia de efectividades entre distintas opciones o, dicho de otra forma, se divide incremento de costos por el de los efectos. Expresa costo de una opción por unidad de eficacia adicional respecto de la otra (p.e costo incremental por año de vida ganado).

Análisis de sensibilidad: Trata de valorar el impacto en el resultado final del estudio cuando se modifican los valores de las variables relevantes (p.e: costos de hospitalización, de medicamentos, distintas fuentes de efectividad, tasas de descuento, etc.). Las conclusiones se consideran robustas si las modificaciones

contempladas (generalmente se emplean valores extremos, en el peor y en el mejor de los casos) no ocasionan variantes en los resultados.

La decisión de adoptar uno u otro tratamiento no debe limitarse solo a los mencionados indicadores fármaco económicos. Debe tenerse en cuenta las condiciones de la totalidad del entorno afectado (nación, obra social, comunidad, etc.) para asegurar la equidad en el sistema. Al respecto se han confeccionado tablas orientativas que jerarquizan las prácticas terapéuticas en función del costo ascendente por año de vida ganados.

❖ ***Evaluación económica de medicamentos en oncología***

Este marco teórico se desarrolló con la finalidad de anticipar el conocimiento necesario para analizar el segmento que es objeto de este trabajo y que se halla conformado por los **fármacos oncológicos**.

En este rubro la evaluación es limitada en cuanto a las variables utilizadas.

La complejidad y variabilidad de factores incidentes en el perfil terapéutico (estadío, localización tumoral, edad, sexo, PS -performans status-, presencia de patologías concomitantes, efectos adversos, cantidad de ciclos, dosis indicadas, tipo de asociación prescripta, etc.), dificulta la calidad y tamaño de la muestra.

No todos los tipos de costos se ven contemplados en los estudios publicados con inclusión de herramientas farmacoeconómicas, induce altos costos, períodos prolongados de análisis en un contexto donde el avance tecnológico no se detiene y las aprobaciones por los organismos (FDA, ANMAT) ocurren cada vez más rápido.

En Oncología son muy pocos los EC que contemplan costos; la evaluación se remite generalmente a comparar respuestas entre tratamientos.

Los estudios o EC que actualmente se publican hacen énfasis en los siguientes parámetros:

- *Tiempo de sobrevida (eficacia).*

- *Tasa de respuesta.*
- *Aparición de efectos adversos (calidad y seguridad de los fármacos).*
- *Calidad de vida relacionada con el tiempo de respuesta al tratamiento y con la evidencia de efectos adversos.*
- *Tiempo libre de enfermedad.*
- *Período de progresión*

Se considera con buen nivel de respuesta y aceptación, todo protocolo quimioterápico que supere un índice de respuesta del 20%, es decir, 20 personas sobre un total de 100 que en el término de 4 semanas no manifiesten signos de recaída o progresión luego de suministrado el tratamiento (que suele durar varios meses en función de la cantidad de ciclos indicados).

Asimismo luego de la tercera línea no hay evidencias de efectividad entre una alternativa de tratamiento y otra por lo cual cualquier opción sería aceptable.

Los estudios fármaco económicos incluidos en los EC son escasos en el universo de publicaciones disponibles.

El desarrollo de estos estudios son por demás interesantes y necesarios en los tiempos que corren donde los recursos se hallan comprometidos por la aprobación de moléculas de elevadísimo valor comercial.

Esta reflexión nos lleva a pensar la importancia de su inclusión en los ensayos clínicos de las drogas oncológicas ya sea durante su desarrollo o en los primeros años de incorporado al mercado de medicamentos.

En este aspecto se enfatiza la utilidad de los estudios farmacoeconómicos por su rol estratégico en la toma de decisiones justas y equitativas para la comunidad, entiéndase a ésta a cualquier obra social, prepaga o población sometida a financiamiento público. La inclusión de todos los costos (directos de todo tipo y origen, indirectos y por qué no también los intangibles) es fundamental para una correcta toma de decisiones que no se limite únicamente al mero costo de la

medicación como muchas veces ocurre de acuerdo a cómo se financie la prestación oncológica.

GESTION CLINICA EN ONCOLOGIA

En esta sección se correlacionan los fundamentos de la Gestión Clínica con la modalidad de atención y toma de decisiones en la práctica oncológica.

La **Gestión Clínica** se define como toda intervención que el financiador ejerce mediante diversos medios a los efectos de hacer partícipes a los profesionales del costo económico de sus decisiones.

Tiene como objetivo integrar la actividad asistencial con la lógica administrativo-financiera de la atención médica generando compromiso en los profesionales que trabajan en la tarea asistencial. De esta manera se realiza el control de la prestación para hacer más eficiente al sistema.

❖ Fuente de información para la decisión terapéutica

En la sección anterior se hizo referencia a las pautas necesarias para desarrollar una metodología de análisis que posibilite la toma de decisiones apropiadas cuando existe más de una alternativa terapéutica.

Lo más acertado es que las diferentes alternativas se sometan a rigurosas pruebas antes de su aceptación en la práctica clínica cotidiana.

Al respecto se destacó la importancia de los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) como patrones de referencia para efectuar comparaciones siendo, aún mejor e ideal, si incluyeran evaluaciones económicas.

Si bien los ECA, como hemos dicho, resultan costosos y a largo plazo para su resolución, constituyen la manera de evidencia más solvente a la hora de tomar una decisión ya que redundará en una mejor calidad de asistencia de los pacientes y en una mayor eficiencia de la prestación brindada.

La calidad de la prestación y la eficiencia se promueve mediante decisiones fundadas en criterios de costo-efectividad no sujetas a la autonomía individual de cada profesional.

En este espacio, los profesionales asumen una mayor responsabilidad frente a los costos de sus decisiones clínicas; son sometidos a control y se siguen los indicadores que reflejan el cumplimiento de los objetivos (calidad de atención, satisfacción del cliente-paciente, efectividad terapéutica, costos, etc).

En lo referente al *consumo de medicamentos*, comprende: la intervención de *auditores* encargados de aprobar los esquemas farmacológicos solicitados al tercer pagador; *gestionadores de casos* (evaluadores y seguidores de pacientes bajo programas de atención de patologías especiales y crónicas); concentración de prestaciones especiales en *prestadores preferenciales*; implementación de guías terapéuticas; seguimiento de parámetros de tratamiento en los casos auditados (duración, tipo de esquema en función de patología y estadio, dosis indicadas, n° ciclos, evaluación de la respuesta, e tc.).

Puede observarse que estos conceptos concuerdan con los lineamientos que debieran seguirse en toda *prestación oncológica en medicamentos* para mejorar la calidad de la atención, el acceso a los tratamientos más adecuados en función de los requerimientos de cada persona, y para asegurar equidad y eficiencia en la distribución de recursos en un contexto donde los costos continuarán en permanente ascenso debido a los avances tecnológicos.

ANALISIS DE UNA OBRA SOCIAL

❖ *Provisión de medicamentos oncológicos.*

Ficha de solicitud de medicación oncológica

*Datos del paciente

- Edad, peso, talla, superficie corporal, sexo
- Performance status

*Del diagnóstico

- Documentación anatomopatológica
- Estadio y documentación del mismo (TNM)

*Indicación del tratamiento

- Neoadyuvante
- Adyuvante
- De enfermedad localmente avanzada
- Intento curativo / paliativo
- Línea de tratamiento

*Descripción de tratamientos anteriores

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia u otros tratamientos

Normas de documentación requerida

Anatomía patológica

IHQ

RE y RP

Her2/neu

EGFr

C-kit

CD20

Informe de estudios de imágenes

Documentación de extensión

Documentación de respuesta

- Documentación de progresión
- Intervalo entre estudios
 - Estudios complementarios
 - Marcadores tumorales
 - Evaluación de respuesta
 - Documentación de progresión
 - Orientación diagnóstica
- Hemograma
 - Eritropoyetina
 - GCSF
- Otros
 - FEVI
 - Legrado
 - Hepatograma (toxicidad)

CONCLUSIONES

Los que trabajamos en la **prestación oncológica en medicamentos** vivimos a diario dilemas en cuanto a las decisiones que se toman.

El dilema central consiste en confrontar el costo oportunidad de lograr el beneficio de un individuo frente al del resto de la población.

El respaldo normativo es escaso al no disponerse de protocolos oficiales, siendo el único referente las indicaciones que aprueba el ANMAT en los certificados que se extienden para cada medicamento.

El PMOE (Res 201/2002) establece únicamente en el anexo 1: *“todos los agentes del seguro de salud deben cubrir al 100% los medicamentos oncológicos según protocolos nacionales aprobados por la autoridad de aplicación, y el ondansetrón como antiemético”*.

Las evidencias científicas son limitadas, muy pocos los estudios de costo-efectividad tal como lo reconocen los mismos profesionales de esta especialidad

en un interrogatorio realizado: la cantidad de ensayos clínicos que evalúan eficacia relacionada con costos directos e indirectos son mínimos (1% de las publicaciones que han leído).

Los ensayos clínicos evalúan la eficacia y seguridad de nuevas moléculas que acaban de desarrollarse. En nuestro país se ajustan a la disposición 5330/97 y otras normas internacionales y se diseñan en función del objetivo (outcome o resultado) que desea conocerse.

Los principales objetivos o “outcomes” que se evalúan en los tratamientos anticancerosos son:

- **Sobrevida global:** Es decir, si prolonga la sobrevida media. Por ejemplo calificación A de efectividad sería si el tiempo promedio de sobrevida supera los 9 meses junto con mejoras de la calidad de vida.
- **Sobrevida libre de enfermedad** (sin síntomas detectables)
- **Tiempo de progresión**, es decir, tiempo que pasa hasta recaída.
- **Tasa de respuesta:** Proporción de pacientes que experimentan una respuesta objetiva al tratamiento (es decir, reducción medible de las lesiones). La misma debería relacionarse con mejoramiento de la calidad de vida.
- **Toxicidad:** La aparición de efectos adversos no solo compromete la calidad de vida del paciente sino que también incide en términos económicos (hospitalización, uso mayor de antieméticos, factores estimulantes de colonias, días de ausentismo laboral, etc.).

Por lo tanto debe asumirse en la práctica médica conocimientos que respalden las decisiones en base a resultados de estudios que muestren evidencias confiables.

Como conclusión final, se resumen una serie de argumentos y directrices que intentan responder a las distintas dimensiones del problema principal, eje central de este trabajo que es *cómo se puede asegurar una asignación equitativa de los recursos cada vez más limitados por el costo creciente de las nuevas terapias*

farmacológicas, por las mayores posibilidades brindadas desde la oferta y por una demanda también en ascenso.

- 1- La aparición de nuevas modalidades terapéuticas, como la adyuvancia y la neoadyuvancia, aplicada a un número cada vez mayor de localizaciones tumorales, es una de las explicaciones del incremento de la demanda y de los costos de las terapias oncológicas.
- 2- La aprobación cada vez más vertiginosa de nuevas moléculas, generalmente más costosas y que amplían el espectro terapéutico, no siempre con mejores resultados, es otra de las causas a tener en cuenta respecto al aumento de costos requeridos en este segmento.
- 3- Estas nuevas terapias posibilitan la inclusión de nuevas líneas de tratamiento para estadios más avanzados (tercera, cuarta, quinta línea), situación imprevista hace diez años atrás.
- 4- La **variabilidad de la práctica médica** por desconocimiento, por falta de evidencia o por promoción de ciertos laboratorios obliga a implementar métodos de evaluación económica que con detalle fueron expuestos en este trabajo. A partir de los resultados obtenidos, debe establecerse un consenso de acción plasmado en **protocolos estandarizados** que tendrían que contar con el apoyo de la Autoridad Sanitaria.
- 5- Debe **evitarse** la aprobación de **protocolos en fase de investigación** los cuales en última instancia deben ser subsidiados por la industria que la desarrolla y no sustentadas económicamente por la empresa aseguradora de salud (obra social, prepaga, etc). Las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben respaldarse en la Medicina Basada en la Evidencia.
- 6- Aplicar la **gestión clínica** en la práctica diaria: cada profesional debe ser partícipe y responsable de sus decisiones apoyadas en una perspectiva integradora y colectiva de la población. Hay que **monitorearse** permanentemente la prestación, seguirse sus indicadores y controlarse el accionar de los prestadores a través de **médicos auditores** expertos en este tema que asumen el rol de “efecto centinela”.

- 7- Este tipo de prestación no puede dejarse en manos de cualquier prestador, debe contarse con **prestadores preferenciales**, concentrarse en una **cartilla cerrada** donde los intereses de los profesionales se alineen al de la empresa financiadora y sean concientes de los recursos que se destinan. Esto forma parte de las acciones de la gestión clínica.
- 8- Sea cual fuere la forma de financiación (cápita, módulo, prestación) debe contarse con un **adecuado sistema de información** para conocer el perfil epidemiológico de la población y controlar que la provisión de medicamentos se adapte a los requerimientos poblacionales evitándose de esta manera dos situaciones extremas que atentan contra la calidad de atención y la eficiencia del sistema: la sobre prestación o subprestación de servicios.
- 9- Priorizarse **la estandarización de protocolos** de tratamiento en las patologías oncológicas prevalentes como vimos en este trabajo: mama, próstata, pulmón, colorrectal, ovario, ciertas enfermedades de la sangre. También el análisis de programas de prevención y detección precoz de estas enfermedades.
- 10-Para la provisión de terapias con anticuerpos monoclonales deberá evaluarse con objetividad los **outcomes de los estudios publicados** y relacionarse los mismos con la situación clínica de cada paciente (enfermedad basal, estadio, edad). Por ejemplo: ¿justifica la indicación de cetuximab o rituximab a un paciente mayor de 80 años o a aquel con bajo PS? ¿No sería más apropiado asignar esos recursos a una adecuada terapia paliativa? Los estudios fármaco económicos ayudan a dilucidar estos cuestionamientos.
- 11- Como se ha querido demostrar, tomar decisiones fármaco económicas no significa que se deba proveer los medicamentos de menor costo sino aquellos más efectivos o que otorguen mayores beneficios o mejor calidad de vida, es decir, proceder a una inversión justificada por los resultados demostrados. Los costos directos e indirectos asociados a efectos adversos pueden ser notorios respecto de los asociados a la medicación.

En nuestro país la **fragmentación del sistema de pago** hace que cada actor se comporte en función de sus propios intereses por lo cual no se tomen decisiones desde una macro perspectiva sino en forma segmentada comprometiendo la calidad de la atención brindada. Asimismo esto impide el conocimiento global de los costos asignados a cada paciente.

Por eso, fuere cual fuere la forma que una obra social organice la prestación, debe contar con el **asesoramiento de profesionales** que basados en conocimientos sustentables, orienten y exijan a los prestadores a tomar decisiones costo-efectivas en beneficio mutuo de quien paga y de quien recibe el tratamiento. Esto maximiza calidad de atención y permite una distribución racional de los recursos.

BIBLIOGRAFÍA

- **“Farmacoeconomía: Evaluación económica de Medicamentos”** – J.A. Sacristán/ X. Badía/ J. Rovira – 1995.
- **Análisis comparativo de seguros de salud nacionales:** Medicare/Medicaid vs. PAMI. Cobertura oncológica. Dr. Pedro Politi. Enero 2002.
- **Better treatments that cost more: the dilemma** - Elit L, Gafni A, Levine MN - Gynecol Oncol. 2000 Jul;78(1):3-6. Indexed for MEDLINE. Canada. Indexed for MEDLINE.
- **Cost-effectiveness analysis in oncology.** Ann Oncol. 1998 May; 9(5):475-82. - Earle CC, Coyle D, Evans WK.. Cancer Care Ontario, Ottawa Regional Cancer Centre, University of Ottawa.
- **Decisión clínica: Cómo entenderla y mejorarla.** Marisa Buglioli. Vicente Ortún, Barcelona 2001.
- **Evaluación económica en un estudio clínico randomizado fase III comparando gemcitabina/cisplatino vs. etopósido/cisplatino en el cáncer de pulmón de células no pequeñas.** Abril 1999.

- **Gestión clínica.** Cátedra de Gestión Estratégica. Dr. Carlos Diaz. Junio 2005.
- **Variabilidad de la práctica médica.** Cátedra de Gestión Estratégica. Dr. Carlos Díaz. Agosto 2005.
- **La economía en Sanidad y Medicina:** Instrumentos y Limitaciones. Cap. II y III. – Vicente Ortun Rubio – Barcelona. 1992.
- **New treatments for advanced cancer: an approach to prioritization.-** Ferguson JS, Summerhayes M, Masters S, Schey S, Smith IE. - Br J Cancer. 2000 Nov; 83(10):1268-73. Indexed for MEDLINE.
- **Pacientes crónicos y gestión de medicamentos de alto costo.**
Mesa 8. Pag 217. Dr. Osvaldo Tibaudin.
2ºJornadas Farmacéuticas Santafesinas. Sept. 2003
- **Política económica y Gestión de Medicamentos.**
Evaluación de Tecnología Sanitaria (pag.243)
Experiencia desde la Superintendencia de Servicios de Salud. (pag.261)
3ºJornadas Farmacéuticas Santafesinas y 2º Federale s. Octubre 2004.
- **Salud Canadiense:** Sistema nacional de salud en Canadá, con énfasis en los programas de cáncer. Dr. Pedro M. Politi. Feb 2002.
- **Treatment of Locally Advanced Pacreatic Carcinoma in Sweden.** A Health Economic Comparison of palliative treatment with best supported care vs. treatment with gemcitabine in combination with best supportive care. 1996.
- **Workshop Fármaco economía “El nuevo escenario”:** Introducción a la fármaco economía, aplicación práctica de resultados económicos en estudios prospectivos. Decision Analysis and Modeling Studies – Aplicación práctica de resultados económicos en salud. Lic. Revicki Dennis. Bs. As. Abril 2005.
- **Workshop Fármaco economía. Fuentes de datos en la Argentina: Realidad para los estudios fármaco económicos.** Lic Juan José Soria. Investigador Fundonar. La Plata. Bs. As. Abril 2005.