

# ANDRÉS FREIBERG: “LA AGENCIA DE EVALUACIÓN TECNOLÓGICA DEBE TENER AUTORIDAD MORAL”

Médico pediatra argentino especializado en gestión de la calidad, conoce de cerca el funcionamiento del NICE, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica de Reino Unido, del que es clínico asociado; el desafío de asegurar el acceso a los tratamientos y tecnologías médicas adecuadas con recursos siempre limitados

**Por Martín Langsman y Andrés Asato**

Es médico especialista en pediatría del Servicio Nacional de Salud (NHS) del Reino Unido, y médico asociado del NICE, el Instituto Nacional de Excelencia Clínica. Nacido en la provincia de San Luis, hizo su residencia médica en el Hospital Garrahan a finales de los 90, y en 2003 la cancillería argentina lo seleccionó para un concurso en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, en Trinidad y Tobago. Allí llevó adelante una tarea como entrenador del personal sanitario local, primero en pediatría y luego en atención primaria de la salud, e inició los primeros proyectos de investigación en gerenciamiento de salud, que hasta entonces eran inexistentes. En 2007 aceptó una propuesta de trabajo en Londres, donde desarrolla un intenso trabajo en pediatría con los programas de screening (desarrollo infantil, problemas de hipoacusia, patologías no detectadas), y adquiere experiencia en la gestión de la calidad y

las guías de atención clínicas. En Reino Unido, suma experiencia de trabajo con las comunidades de inmigrantes provenientes de Bangladesh, Somalia y la India, entre otros países.

**–¿Qué es el NICE y cómo funciona?**

–El Instituto Nacional de Excelencia Clínica tiene la misión de brindar respuestas a las complejidades que se plantean en una sociedad respecto a cómo asegurar la mejor salud de manera equitativa y cuando los recursos de financiamiento no alcanzan, ya que se hace imposible cubrir todos los tratamientos de una misma jurisdicción con lo que se paga en conjunto para beneficio de quienes padecen una enfermedad y no la pueden afrontar. Cuál tratamiento se aprueba y cuál no, es parte de la razón y la existencia del NICE, que fundamentalmente se encarga de trasladar a la práctica la mejor evidencia actualizada para asegurar que la provisión de servicios de salud tenga una calidad aceptable y actualizada, y al mismo tiempo se pueda monitorear y seguir.

**–¿Cuál ha sido su importancia en el esquema del NHS?**

–No hay manera perfecta de solucionar en una sociedad temas tan complejos y que tienen tantas implicaciones de carácter ético, de justicia distributiva, políticas y humanas, como el de la salud y por esa razón es que las decisiones en el área deben ser tomadas de forma transparente, colaborativa, dentro de un debate que incluya



a los protagonistas fundamentales de un sistema y de una sociedad. Si se tiene la voluntad y el respaldo político es probable que el proceso sea más transparente, que haya más responsabilidad de los funcionarios y las decisiones difíciles que se tomen sean más aceptadas por la sociedad, que a la larga es la que se beneficia de los accesos a los tratamientos efectivos de alta calidad y necesarios del momento.

**–Lo interesante es que te hayan confiado la tarea de trabajar con comunidades extranjeras ¿cómo fue vivir esa experiencia?**

–Fue estar inmerso en un sistema completamente distinto, entrar a Londres es tener la impresión de hacerlo a una ciudad cosmopolita, que fue el centro del mundo durante casi 200 años, y donde aún se sienten las estructuras de un poder como lo era el imperio británico casi de manera opresiva, porque si bien es una ciudad muy libre y cosmopolita, también tiene reglas, mucha regulación y mucha desigualdad. Pero allá no existen las discrepancias tan grandes en la manera que los servicios se administran y se proveen a los distintos sectores de la población, y la impresión fue esa, una ciudad grande, llena de gente de todos lados, todos los colores. Había días enteros en los que yo no escuchaba a nadie hablar en inglés, iba en

**“El Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE) tiene la misión de brindar respuestas a las complejidades que se plantean en una sociedad respecto a cómo asegurar la mejor salud de manera equitativa y cuando los recursos de financiamiento no alcanzan”**

el colectivo y todos conversaban en distintos idiomas. Me divertía adivinando de dónde era la gente que me rodeaba.

**–¿Qué llevó al sistema de salud británico a realizar las reformas que hizo?**

–Las dos guerras mundiales le dejaron a Europa un sacudón sin precedentes, eso sumado a muchos años de conflictos, impactaron en una sociedad agotada, golpeada y cuando el laborismo llega al poder, Aneurin Bevan –ministro de Salud- decide hacer el experimento social más grande del mundo y transformar a todo el servicio de salud británico en un *welfare state*, un sistema libre y gratuito. En 1948 se crea el NHS (el Servicio Nacional de Salud) y recién muchos años después se empieza a sentir que el presupuesto tambalea, y ahí es cuando crece la preocupación respecto a cómo y para qué se usan los recursos. El pico había llegado cuando Archivald Cochrane elabora su gran propuesta de la medicina basada en evidencia, coincidiendo en los ochenta con una ola depresiva y el ascenso de Margaret Thatcher. El NHS empieza a transformarse en un sistema caótico, con problemas en el acceso, se acentúa la desigualdad y no se sabe bien qué es lo que se está haciendo. La evaluación de tecnologías sanitarias empieza en Inglaterra mucho antes que el NICE, casi diez años antes, y toman modelos de evaluación de agencias que yo creo son compañías de seguros de los Estados Unidos y también usadas en Francia, y las empiezan a aplicar a través de las universidades. Lo que pasó allá es algo parecido a lo que está pasando en Argentina ahora, hay múltiples entidades de distinta denominación que responden a distintas jurisdicciones y todas hacen evaluación de tecnologías sanitarias, de un modo u otro.

**–¿En ese contexto se da la aparición del NICE?**

–A comienzo de los 90 empieza a ver una presión muy fuerte para que se constituya un instituto nacional y donde se pueda evaluar qué medicaciones valen la pena incluir en el sistema mandatorio de servicios, cómo orientarlos, el uso de esas tecnologías ya estaban dentro de los servicios de salud, las guías clínicas ya se

hacían de mucho tiempo, pero cada uno hacía las que le parecía, lo mismo que acá, entonces se crea el NICE, impulsado en los tiempos laborista del gobierno de Tony Blair y empieza a funcionar con diez personas de manera casi virtual, donde lo que se hace es empezar a discutir la lógica de inclusión de una tecnología, el porqué, y empezar a construir los principios básicos para evaluar si un medicamento registrado debe ser financiado por la salud pública.

### –¿Cómo se compone esa mesa chica que decide qué se va a comprar?

–Como las decisiones emanan de un cuerpo colectivo el NICE se compone de un grupo que incluye expertos en salud pública, representantes de la industria y de la tecnología, economistas de la salud y en algunos casos referentes de los pacientes. Ese es el grupo que se reúne, evalúa la tecnología, con unas minutas específicas que hay que seguir, un tiempo reglamentario, cada uno presenta la evidencia que ha analizado de manera particular, todo se debate y discute en detalles y se llega a una conclusión. Así sucedió con el Relenza, el primer medicamento analizado por el NICE y su conclusión fue aconsejar a las autoridades sanitarias a que no se lo financie porque el beneficio que aportaba era mínimo respecto al costo que significaba para el presupuesto público.

### –¿El impacto presupuestario se analiza también en esa misma reunión?

–El NICE no hace impacto presupuestario, eso lo hace cada trust, que tampoco puede denegar el acceso de medicamentos, drogas o terapias a un PMO. El NICE tiene que estar orientado a garantizar la excelencia, antes que nada, el público consciente de que el presupuesto en salud debe ser el mismo para todos, pidió que también se tenga en cuenta el costo de la medicación, que es una diferencia radical con el sistema norteamericano, que no presta tanta atención a este punto. Una vez que el organismo recomienda una tecnología que debería ser usada o adoptada por el NHS, los *trusts* tienen tres meses para que esa tecnología esté pagada y disponible para los prescriptores. Por ejemplo, si un médico del hospital Argerich pres-

cribe determinada medicación, en tres meses ya tiene que estar disponible, de lo contrario y en teoría, el paciente puede iniciar un litigio al trust por no proveerle de una medicación que ha sido recomendada por el NICE. Lo que no puede hacer es un litigio por una medicación que no esté recomendada por el organismo.

### –En base a lo que aprendiste ¿qué es lo que hay que tener en cuenta de esta experiencia?

–Lo primero que hay que entender es que las culturas anglosajonas no son como las latinas, donde somos más individualistas, creemos en nosotros mismos como individuos. Las anglosajonas, y las nórdicas en general, toman decisiones en conjunto, y la decisión tomada por un grupo no tiene un carácter carismático y es más confiable. En Inglaterra, mientras más al norte te vas, más conciencia colectiva hay, ellos confían mucho en las decisiones conjuntas donde todos hacemos más o menos lo mismo, y se mira lo que está haciendo el otro. Y yo creo que la salud es un tema tan complejo que es casi imposible de regular si no existe un *think tank* colectivo, los roles, las jurisdicciones, y lo que esto implica es algo que cada país tiene que definir, pero que debe existir una institución u organización que cumpla el rol en orientar el sistema de salud, sin ningún tipo de dudas.

**“El NICE tiene que estar orientado a garantizar la excelencia, antes que nada, el público consciente de que el presupuesto en salud debe ser el mismo para todos, pidió que también se tenga en cuenta el costo de la medicación, que es una diferencia radical con el sistema norteamericano, que no presta tanta atención a este punto”**

### –¿Cómo establecer un mecanismo de decisión que sea justo cuando hay situaciones que son prioritarias en sectores más vulnerables y en el extremo innovaciones médicas o medicamentos que son de alto costo?

–El dilema que se plantea es hasta qué punto es ético mejorar la salud de un grupo de personas chico con tratamientos caros en detrimento de mejoras menores para un grupo mayor. Y lo que tenemos que preguntarnos en Argentina es si estamos dispuestos a comparar la utilidad, el beneficio de salud de una persona con otra, si es sí, ese caso puntual hay que debatirlo siguiendo los principios justos para que la conclusión a la que llegue el grupo sea la mejor. Por lo tanto, como en todo juicio cuando uno sigue un proceso judicial el veredicto del jurado se acepta independientemente de que haya ganadores y perdedores, porque el proceso



por el cual se llegó a esa decisión cuenta con el acuerdo de la sociedad.

### –¿Cuál es el rol de una agencia de evaluación de tecnologías?

–Lo primero que debe hacer una agencia nacional es tomarse el trabajo de averiguar qué principios tiene que sostener. Porque el núcleo gravitatorio de una agencia son los principios en los cuales va a basar las decisiones que recomienda. En la Argentina a la agencia le faltan los dientes, porque en sí no toma la decisión, la toma otro, lo cual es una perversión dentro del sistema, pero en Latinoamérica se da así, y en otros países también. En Brasil, es la Anvisa la que recomienda, pero los distintos decisores en la fragmentación brasilera son los que toman las decisiones. El tema es que para que sea exitosa la agencia tiene que tener autoridad moral, para que sea respetada por los distintos actores en un sistema infinitamente fragmentado.

### –¿El presupuesto en salud y cuidados sociales van juntos?

–En este momento el Gobierno británico como es un sistema que preserva el *welfare state* puso en la misma bolsa el presupuesto de salud con el de cuidado social, y en una población que está envejeciendo eso tiene sentido porque hay personas mayores que gastan más en cuidados sociales que en salud. Se ahorra mucho dinero en muchas cosas, y en otras se utiliza mucho mejor, porque se tiene un sistema colectivo que ha pensado muy bien cómo usarlo y después las recomendaciones son a tres meses, como en el caso de las tecnologías, y son verificables por

**“No existe la concepción de estar todos en el mismo barco en un país que tiene 40 millones de historias individuales en paralelo y así, la atomización es un riesgo”**

los organismos de control de calidad en el caso de las políticas.

### –¿Cuáles son los riesgos grandes de nuestro sistema?

–El primero es la atomización y la fragmentación del sistema, subyacente en todo sentido, que ponen en riesgo la financiación y eso, con un sistema operativo caótico, es grave. Además, de la falta de un pensamiento sistémico. Lo segundo, es la falta de conciencia absoluta del pueblo argentino que los recursos en salud son limitados y por lo tanto no podemos dejar de pensar que el gasto que se haga, con uno o el vecino, vienen de la misma bolsa. No existe la concepción de estar todos en el mismo barco en un país que tiene 40 millones de historias individuales en paralelo y así, la atomización es un riesgo. El otro aspecto es la judicialización. No hay tampoco una conciencia verdadera de qué significa el derecho a la salud, que es el acceso a ciertas prestaciones de salud, en el mejor de los casos.

### –¿El inmigrante extranjero es bien aceptado?

–Sí, pero de alguna manera es una situación “maquillada” porque en general los ingleses toleran bien a las distintas comunidades, pero éstas funcionan en paralelo, sobre todo, las que tienen mucha más cercanía a su lugar de origen y que han venido de la generación pasada o en esta misma. El NHS tiene una política de integración oficial y nosotros tenemos entrenamiento anual obligatorio en los trust (fundaciones u organizaciones descentralizadas que administran el presupuesto de manera autónoma), que incluyen la manera en que uno debe dirigirse a las diversas culturas o determinadas orientaciones de género o de identidad sexual, en el lugar de trabajo, tanto sea para el caso de pacientes o colegas. El sistema ofrece lo mismo para todos en realidad, las comunidades a veces acceden más o acceden menos, dependiendo de su patrón de demanda que es el patrón de su cultura, pero a veces hay que ir a pedirle al visitador de salud que vaya y los convenza de que tienen que acercarse a los servicios de salud porque en algunos casos los inmigrantes son indocumentados y evitan hacerlo. [U](#)