

COMENTARIO EDITORIAL: Reflexiones acerca del uso de evaluaciones de costo-efectividad para la toma de decisiones sanitarias: "a propósito de un caso"

Ricardo Sarandría* y Federico Augustovski**

Resumen

En el presente editorial se sintetizan las metas de la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas firmado en septiembre del 2000 y un artículo de publicación reciente que intenta utilizar una metodología desarrollada por la OMS (llamada WHO-CHOICE) para priorizar la asignación de recursos sanitarios a través de los estudios de costo-efectividad. Dicho estudio evalúa el desarrollo de esas metas a la luz de estudios de costo efectividad, y los alcances de los mismos. En base a esta metodología, se establecen los criterios para definir a una intervención como altamente costo efectiva o costo efectivas. Se hace hincapié en la finitud de los recursos y en el costo de oportunidad que implica cualquier decisión político-sanitaria. Se reflexiona acerca de la utilización de las herramientas de la economía de la salud, no solo en países muy pobres como los considerados en el artículo de referencia, sino, en países como el nuestro, con alta fragmentación de su sistema de salud. Se mencionan experiencias locales en esa dirección.

Sarandría R, Augustovski F. Comentario Editorial: Reflexiones acerca del uso de evaluaciones de costo-efectividad para la toma de decisiones sanitarias: "a propósito de un caso". Evid. actual. páct. ambul. 9(3) :66-67. May-Jun. 2006.

Introducción

El 8 de septiembre de 2000, los 189 países miembros de las Naciones Unidas suscribieron la denominada Declaración del Milenio, fijando metas de desarrollo para 2015. En este documento se reconocían la inequidad a nivel mundial y la necesidad de que la globalización se transformara en una fuerza positiva e incluyente, y se promovía la cooperación internacional para lograr objetivos de desarrollo de los países más pobres. Se hizo un apartado especial sobre África, por considerarlo el continente más pobre y con mayores necesidades. Con respecto a la salud, el énfasis fue puesto en la salud materno-infantil, aspirando a "haber reducido, para ese mismo año (2015), la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de cinco años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales (2000)". Igualmente, se propusieron para entonces "haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad, y prestar especial asistencia a los niños huérfanos por causa del VIH/SIDA".

Otros objetivos incluían la reducción de la pobreza y la desnutrición, la mejora del acceso al agua potable, servicios sanitarios y lograr un entorno ambiental saludable.

El artículo aparecido en el *British Medical Journal* en diciembre de 2005, y al cual nos referiremos básicamente, advierte que cinco años después de la firma de la Declaración del Milenio, pocos países pobres están en camino de conseguir las metas de desarrollo en salud consignadas en el documento del 2000 y teniendo en cuenta el decepcionante progreso, las circunstancias cambiantes y la nueva evidencia científica, se propone examinar si son apropiadas las estrategias adoptadas para el uso de los recursos disponibles. En otro artículo del mismo grupo² se consideraron los métodos para evaluar los costos y los efectos en la salud de las intervenciones para mejorar la salud en los países en vías de desarrollo. Este grupo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pertenece al proyecto CHOICE (abreviatura del inglés "eligiendo intervenciones que son costo-efectivas") que intenta poder incorporar criterios de costo-efectividad para ayudar a la mejor toma de decisiones sanitarias^{3,4}. Otro emprendimiento colaborativo entre la OMS, el Banco Mundial y el Instituto Nacional de la Salud de EE.UU, el Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades (sigla en inglés: DCCP) se encuentra muy emparentado con el WHO-CHOICE en la tarea de colaborar con el uso costo-efectivo de recursos para mejorar la salud global y publicó recientemente interesantes conclusiones.⁵

La sinergia de las intervenciones

Como innovación metodológica, efectúan el análisis de costo-efectividad de intervenciones simultáneas y la sinergia entre intervenciones concurrentes que fueron incluidas por separado en el análisis

de las metas de salud del milenio. Estudios previos han generalmente asumido, en su mayoría implícitamente, que cada intervención es implementada en forma aislada (sin embargo, por ejemplo, diferentes intervenciones que forman parte del control del embarazo, a menudo son realizadas por la misma persona durante la misma consulta). También advierten que la incertidumbre acerca de la estimación de costos y beneficios en salud, especialmente cuando la información debe ser obtenida de un número limitado de fuentes de datos, imposibilita asesorar en políticas básicas para la adecuada estimación de la costo-efectividad. Para efectuar propuestas políticas, las intervenciones deben ser comparadas en términos de orden y magnitud de "bandas" de costo efectividad. Dentro de una banda, los decisores pueden elegir entre un menú de decisiones.

Estimaron una intervención como altamente costo-efectiva si el costo para prevenir un año de vida ajustado por discapacidad (DALY es su sigla en inglés) es menor que el producto bruto interno (PBI) per cápita; y como costo-efectiva, si el costo por DALY prevenido oscila entre una a tres veces el PBI per cápita. Las intervenciones que superan este costo por DALY no son consideradas costo-efectivas. Es por ello que las prácticas costo-efectivas, y lo que cada país pueda implementar, van a depender claramente de la riqueza con la que se cuenta.

Ver cuadro 1.

Cuadro 1: Propuesta de modificación de las estrategias actuales para lograr las metas de desarrollo para el milenio

Salud materna y neonatal

- Mejorar el acceso a servicios básicos de salud y atención de las emergencias obstétricas y neonatales.
- Mejorar la cobertura de las medidas altamente costo efectivas como el soporte comunitario para el estímulo de la lactancia materna y los cuidados de los recién nacidos de bajo peso, el tratamiento de la neumonía neonatal, la provisión del toxoide tetánico y el rastreo materno para sífilis, bacteriuria y preeclampsia.
- Dar menor prioridad para las intervenciones de alto costo y baja efectividad como la administración de antibióticos en la ruptura prematura de membranas y de esteroides prenatales para los nacimientos prematuros.

Salud del niño

- Aumentar los esfuerzos para reforzar los alimentos con micronutrientes, especialmente vitamina A y zinc.
- Seguir instrumentando la inmunización contra sarampión, el manejo apropiado de los casos de neumonía y la terapia de rehidratación oral.

HIV y SIDA

- Instrumentar estrategias preventivas y de tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, priorizando los grupos de alto riesgo como las trabajadoras del sexo, e instrumentando estrategias de comunicación masiva.
- Ofrecer tratamiento de primera línea con antiretrovirales ya que es

*Médico Especialista en Medicina Interna y Cardiología. Ex Subsecretario de Salud de la Provincia de Río Negro y Ex Intendente de General Roca.

**Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva, Hospital Italiano de Buenos Aires.

tan costo efectivo como cualquier intervención preventiva bien conocida (ej. consejo y el testeo).

Malaria

- En la mayoría de países del África Sub-Sahariana considerar seriamente el manejo de terapia combinada basada en artemisinina.

Al analizar los resultados, los autores reconocen que en la práctica, los recursos nunca son asignados estrictamente de acuerdo a las reglas de costo-efectividad formuladas en los libros de texto. A veces, parece tener lugar sólo lo preventivo; y en otras oportunidades, solo lo terapéutico, pero en general se encuentran mezclas de ambas. Sus análisis sugieren que esta dualidad es apropiada. El grupo de intervenciones altamente costo-efectivas incluye una selección de cada una de las cinco metas en ambas regiones; tanto mezclas de acciones preventivas y curativas, como de actividades enfocadas a individuos o poblaciones.

Las dos regiones analizadas, Afr-E (países en África sub-Sahariana con muy alta mortalidad general y alta mortalidad infantil) y Sear-D (países en Sudeste de África con alta mortalidad general e infantil) tienen tantas necesidades no satisfechas que las oportunidades para reasignación de recursos son limitadas. En el terreno netamente de la costo-efectividad, sin embargo, la prioridad debe ser dada a las intervenciones altamente costo-efectivas, pues así se pueden obtener mejores resultados sanitarios globales con los recursos disponibles.

Validez del análisis de costo efectividad

Se acepta que, en la práctica, consideraciones más allá de la costo-efectividad influyen en la decisión de la asignación de recursos, y así debe ser. Existe un permanente debate acerca de la idoneidad del uso del análisis de costo-efectividad para manejar las decisiones en salud. Por ejemplo, el enfoque solamente técnico en la salud se asocia con diferentes usos de los recursos y no incorpora otros efectos concernientes a la sociedad. Esto se hace particularmente relevante en el tratamiento antirretroviral para HIV o SIDA, que puede prevenir un posible resquebrajamiento de la sociedad. Estos beneficios no pueden ser tomados en términos de DALY, pero no por ello pierden importancia.

Los decisores políticos, sin embargo, no pueden escapar del desafortunado hecho de que los recursos disponibles son insuficientes, aún si se implementaran todas las intervenciones incluidas como altamente costo-efectivas, y no está todavía claro que vayan a ser hallados los recursos adicionales requeridos para lograr las metas de desarrollo del milenio. En tal caso, las decisiones de cómo asignar los recursos disponibles requieren conocimientos sobre el posible efecto de los diferentes cursos de acción en la salud de la población. Sin ese conocimiento, puede mejorarse la salud de poca gente con escaso impacto a expensas de no mejorar la salud de más gente, algo que nadie querría, ni los que están a favor o en contra de los análisis de costo-efectividad.

Aunque esto es legítimo, los autores enfatizan que los decisores de políticas no deberían tomar una decisión sin la información de su costo de oportunidad. Este punto se refiere a que al asignar los recursos para una política de salud determinada, estoy necesaria-

mente sacrificando un beneficio (el que se podría haber obtenido usando los recursos para implementar otra política). Los resultados del trabajo representan la mejor evidencia actualmente disponible y muestran la difícil negociación necesaria para implementarla a nivel local. Igualmente, concluyen que, más allá de los necesarios estudios económicos, otro mensaje importante es la necesidad de redoblar esfuerzos para aumentar los fondos para salud en países pobres.

¿La costo efectividad es útil sólo en los países muy pobres?

A partir del artículo de referencia, proponemos considerar si el análisis de costo-efectividad es una herramienta válida para la toma de decisiones en políticas públicas de salud. Obviamente, los problemas prevalentes en nuestra sociedad son de muy diferente magnitud que los que se evalúan para África. No obstante, siempre los decisores políticos deben tomar decisiones que, dado el carácter finito de los recursos, para salud o para cualquier otro rubro, dejan de lado otras. Se puede elegir una política de cobertura universal, limitando el menú de prestaciones o priorizando unas sobre otras, como lo hacen los sistemas de oferta pública como los de Canadá o Reino Unido. O se puede elegir un menú ilimitado de prestaciones, como parece ser el caso de los Estados Unidos, excluyendo de las mismas a amplios sectores de población sin cobertura.

Existe una tendencia a asociar los estudios de costo-efectividad con los programas desarrollados en países con pobreza extrema. En el mundo industrializado, y sobre todo en aquellos países con sistemas nacionales de salud, el análisis de costo-efectividad es frecuentemente utilizado, tanto para acciones de prevención o rastreo, como para distintas intervenciones terapéuticas. Y parece lógico: si la sociedad en su conjunto, claramente a través de sus impuestos, financia su salud, parece atinado brindarles la mayor eficiencia en el uso de los mismos.

Paradójicamente, países como Argentina, en vías de desarrollo, con sistemas de salud altamente fragmentados, no parecen sentir la necesidad de ser eficientes en el gasto, ni priorizar algunas acciones sobre otras. El gasto en salud en nuestro país⁶ expresado como porcentaje del PBI no es bajo comparado con países con excelentes indicadores: 8,65% contra 7,6% del PBI en Japón y Canadá.

Tal vez no estaría mal usar algo más los estudios de economía de la salud. Más, teniendo en cuenta que nos permitimos utilizar una cuarta parte de ese gasto en medicamentos⁷ y, en forma cercana al resto del mundo, un 88% en sistemas asistenciales, cuando los mismos contribuyen solo un 11% en la reducción de la mortalidad⁸. En este sentido, existen experiencias locales recientes que van en esa dirección; tanto de aplicación de evaluaciones económicas y de tecnología⁹; así como de la aplicación de la metodología WHO-CHOICE del análisis de costo-efectividad generalizado en forma local para priorizar la asignación de recursos en paquetes preventivos cardiovasculares¹⁰.

No somos África, pero tampoco Japón o Suecia. No se trata de un análisis puramente economicista, ni de un exceso de "sanitarismo". Tampoco de tener que elegir entre gastar en leche o en penicilina, como decía un viejo profesor de Medicina Social. Se trata de estudiar cuánta leche para necesitar menos penicilina.

Referencias

1. Evans DB, Lim SS, Adam T y col. WHO Choosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) Millennium Development Goals Team. Evaluation of current strategies and future priorities for improving health in developing countries. *BMJ*. 2005;331:1457-1461.
2. Evans DB, Adam T, Tan-Torres Edejer T y col for the the WHO Choosing Interventions that are Cost Effective (CHOICE) Millennium Development Goals Team. Time to reassess strategies for improving health in developing countries. *BMJ* 2005;331:1133-1136.
3. Murray C, Evans DB, Acharya A, Baltussen RMPM. Development of WHO Guidelines on Generalized Cost-Effectiveness Analysis. *Health Economics*, (2000) 9: 235-251.
4. Hutubessy R, Chisholm D, Edejer TTT, WHO-CHOICE. Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. *Cost-effectiveness and Resource Allocation*, (2003)1: 8.
5. Laxminarayan R, Mills AJ, Breman JG y col. Advancement of global health: key messages from the Disease Control Priorities Project. *Lancet*. 2006;367:1193-208.
6. Fuente: Ministerio de Economía, excepto Sector Privado, cuya estimación corresponde a la Fundación Isalud, Programa de Investigación Aplicada.
7. Estimaciones del Gasto en Salud Argentina año 1977 - Ministerio de Economía-Ministerio de Salud. Nov. 2001.
8. Gonzalez García G., Tobar F.; Mas Salud por el mismo dinero, Ed. ISALUD, Buenos Aires, 2º ed., 1999 (p.48).
9. Pichon-Riviere A, Augustovski F, Rubinstein A. Health Technology Assessment in Argentina: six years in perspective. Congress abstract - 3rd Annual Meeting Health Technology Assessment International. HTA 2006, Adelaide, Australia.
10. Rubinstein A, García Martí S, Augustovski F y col. Sectoral Cost-Effectiveness (CE) Analysis of a Package of Interventions to Reduce Cardiovascular Disease (CVD) in Buenos Aires Argentina. Second Annual Meeting of the Health Technology Assessment International Society. HTAi Rome June 2005.