

Claves del análisis costo-efectividad

En busca de la razón

Analizar, generar y difundir información sobre cómo obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles para mejorar el cuidado de la salud es la labor que Philip Musgrove desarrolla desde hace más de una década. Este reconocido experto internacional nos detalló características, resultados y la filosofía que alienta su trabajo.

¿C

uál es el panorama actual en materia de costo-efectividad?

–Trabajé 3 años como uno de los editores del Proyecto de Prioridades en el Control de Enfermedades, que es el mayor esfuerzo jamás hecho para estudiar costo-efectividad e intervenciones para la salud en países pobres y de ingreso medio. Casi toda la literatura previa es de EE.UU. y alguna europea, hay muy poco fuera de eso. Con financiamiento de la Fundación Gates, se organizó entre la OMS, el Banco Mundial y los institutos nacionales de salud de EE.UU. este proyecto, dirigi-

do por 9 editores y con más de 300 autores de distintos capítulos. Donde había información relevante sobre los países pobres y de ingreso medio la usamos; donde no, hicimos modelos para estimar cuánto cuesta una intervención específica en salud y qué resultado da. Es un ejercicio muy bueno y también muy frustrante, porque la falta de información específica es siempre el problema. Pero conseguimos mostrar cuántas intervenciones hay que tienen sentido económico y resultan en bastante ahorro de buena salud con precios no tan ele-

vados, aún cuando tienen fama de costosas. Por ejemplo, cirugía. Cirugía no siempre es “cirugía de cerebro”, puede ser muy, muy costo-efectiva contra problemas, por ejemplo, de quemaduras, de dolencias cardiovasculares. Sorprendentemente, unas de las cosas de más bajo costo-efectivo y más posible, es darle aspirina a alguien que está sufriendo un ataque cardíaco: aumenta la probabilidad de que sobreviva y, obviamente, no es costoso. Ahora, si después necesita cirugía cardíaca, estamos ya en otro nivel de gastos...

La idea del proyecto era establecer más información sobre costo-efectividad, no como único criterio de cómo gastar en salud, pero sí como uno muy básico que no es adecuadamente usado. Esta es la segunda derivación de un trabajo de 1993, los resultados de ese ejercicio previo integraron el informe de ese año del Banco

Información calificada

Philip Musgrove es editor de Health Affairs. Entre 2002 y 2005 fue editor del Proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades en el Centro Internacional Foherty. Trabajó en el Banco Mundial de 1990 a 2002, se retiró como Economista Principal y fue asesor en Economía de la Salud de la OPS de 1982-1990. Es profesor adjunto en la Escuela de Estudios Internacionales Avanzados de la Universidad John Hopkins y enseñó en la George Washington University, en la American University y la University of Florida. Se licenció en Haverford College, es Master en Administración Pública de Princeton University y Dr. en Filosofía del MIT.



Mundial, "Invertir en Salud". Esta vez lo que hicimos fue actualizar y expandir, hay más información, más condiciones tratadas, más países, hay extensiones sobre financiamientos, hablamos más de hospitales. Y la lógica es que no sabemos medir realmente bien el beneficio de salud en dólares; no lo sabemos hacer aunque mucha gente cree que sabe y lo hace.

–Por eso se habla incluso de cambiar la unidad de medida para costo-efectividad, ¿usted está de acuerdo con eso?

–Yo estoy de acuerdo con que salud debe ser medido como salud, y costo-efectividad es la relación entre el aumento de salud medido en una unidad sintética y el costo de la intervención que lo produce. Es la intervención, una cosa específica; no es un programa y mucho menos la enfermedad. En vez de que la unidad esencial sea la persona, el programa o el lugar; decimos que la unidad de análisis es una intervención específica: puede ser vacunar, una cirugía, una droga. Si eso es efectivo se ganan años de vida saludable, sea porque previene la muerte, extiende la vida, o mejo-

ra una incapacidad. La unidad usada para medir es llamada *DALY*, "Disability Adjusted Life Year" en inglés. Es una unidad sintética que combina la severidad y la duración de un problema de salud, son sus parámetros fundamentales. En español se tiende a traducirlo como "Años de Vida Ajustados por Discapacidad" (AVAD). Estamos hablando en función de la expectativa de vida y lo que llamamos el peso de la discapacidad. Entonces, a cada condición que se interviene se pregunta: ¿a qué edad ocurrió, cuánto costo atenderlo, por cuánto tiempo iba a durar el problema, y en qué grado fue efectivo en reducir la pérdida de salud? Comparando el costo en dólares internacionales, nos dice la razón de costo-efectividad. Eso lo comparamos entre intervenciones y el reparto en el mundo.

–¿Y cómo está funcionando en el mundo?

– Hasta donde se está aplicando, hay experiencias de que funciona. Por ejemplo, la primera vez en el 93, las informaciones tuvieron un gran impacto en la India. Su gobierno necesitaba más recursos financieros después de acudir al

"Nuestro trabajo sirve para crear conciencia de que ciertas condiciones sobre las cuales se piensa 'eso es demasiado costoso, no lo vamos a poder soportar' -como enfermedades cardiovasculares, cánceres, todos los problemas mentales- comiencen a ser 'veamos qué es lo que puede hacer'.

Banco Mundial, pero el entonces ministro de Finanzas decidió dedicar gran parte de este dinero a la salud siguiendo los consejos de la primera versión de este estudio. De ahí derivó un proyecto contra el sida, otro contra las cataratas uno contra la tuberculosis que significaron ahorros y nuevos proyectos o expansiones. Hubo también una experiencia en Tanzania, se redistribuyó el presupuesto en dos de distritos del país de acuerdo a lo que llamamos la carga de enfermedades y aplicando en intervenciones costo-efectivas. La consecuencia sobre la mortalidad infantil, por ejemplo, ha sido tremenda. Hay un ajuste entre la severidad del problema y el gasto es mucho mejor que antes.

Hasta hoy, probablemente el mayor impacto va a ser otra vez en la India, porque está dispuesta a expandir entre 1 y 2% del PBI lo que gasta en salud. La pregunta es en qué gastar.

– ¿Y en Latinoamérica?

– Latinoamérica ya ofrece algunos ejemplos. En Chile se utilizó esta técnica para decidir si se incluía la vacunación contra la influenza. Decidieron que valía la pena y lo aplicaron técnicamente. Se ha hecho un estudio semejante en el caso del control de Chagas en varios países. No es que ningún ministerio adopte eso como su criterio, porque influyen todos los criterios de equidad y viabilidad política, etc. Pero hay ejemplos de utilización de esta técnica que mejoran las condiciones de salud, a veces dramáticamente, y a un costo razonable. En el caso específico de Argentina, en el estudio mencionamos a Argentina con respecto a Mal de Chagas. Hubo bastantes progresos contra él, a costo realmente bastante razonable, y con eso se evitaron muertes prematuras y todos los proble-

mas cardiovasculares que esa enfermedad trae.

Nosotros estamos divulgando esto para que los gobiernos y las organizaciones internacionales lo adopten, lo incluyan en sus programas en el grado que les parezca y recalculando con sus propios costos, con su propia información. Cuando no tenemos datos específicos del país, estimamos, pero el país quizás puede llegar a un estimado mucho mejor. Lo importante es aplicar este pensamiento, no es seguir ciegamente ninguna recomendación.

–¿Cree que se está avanzando?

– Creo que sí, por lo menos estamos haciendo un esfuerzo de lo que llamamos diseminación o divulgación gracias a otro financiamiento de la Fundación Gates. Para que se entienda esta técnica y que puede ser de utilidad para un país. Después lo que los gobiernos y otros hagan depende un poco de si el Banco Mundial, por ejemplo, les ofrece un financiamiento orientado.

Uno de los capítulos más complicados es aquél sobre el sida, todo el mundo quiere combatirlo, pero la cuestión es: ¿con qué combinación de prevención y de tratamientos, cuál es el balance? Y eso depende de la etapa de la epidemia en el país, a quiénes está afectando,



ando, su prevalencia. Hay toda una serie de cálculos de cómo modelar esto a las circunstancias del país.

– **Que son totalmente diferentes si se habla de países africanos o del mundo desarrollado...**

– Muy distintas, y no solo por la capacidad de pago sino por la estructura de la epidemia en este momento. Hay que seguirla porque va cambiando rápidamente. Si ahora un país pobre quiere acudir al Fondo Global contra sida, tuberculosis, o malaria; el Fondo ofrece dinero y no dice: “tienen que hacer esto” sino “ofrézcanos un programa inteligente y lo financiamos”. Nuestro trabajo sirve para definir lo que necesitan pedir, es lo que esperamos que suceda.

“Cirugía no siempre es 'cirugía de cerebro', puede ser muy, muy costo-efectiva contra problemas como quebraduras, quemaduras no muy extremas y toda una serie de cosas; hasta con dolencias cardiovasculares”.

Otro punto es crear conciencia de que ciertas condiciones sobre las cuales se piensa “eso es demasiado costoso, no lo vamos a soportar” –como enfermedades cardiovasculares, cánceres, todos los problemas mentales; que antes no se tocaban porque no matan mucha gente aunque causan tremendas pérdidas en salud- comiencen a ser “veamos qué es lo que puede hacer”. Pero hay problemas muy complejos de cómo balancear distintos criterios. Y hay que consultar al pueblo, qué es lo que la gente cree que es más importante. En Chile hay un caso muy interesante, el Programa Auge, que tiene garantías explícitas de acceso universal. Querían definir qué intervenciones, qué atenciones adicionales el gobierno podría garantizar a la gente, haciendo a la vez que los aseguradores privados dieran lo mismo. La información no existía, hicieron una investigación tomando parámetros de costo-efectividad, una encuesta a la población sobre qué consideraba más importante o urgente, la información de proveedores públicos y privados; y llegaron a un conjunto de 56 intervenciones garantizadas. Lo importante es que fue una extensión que afectó a todo proveedor, a todo asegurador e incluyó algunas cosas bastantes sofisticadas. Lo que querían era balancear equidad con demanda pública con costo efectividad. Es el ejercicio más específico en esto que conozco. Y actualmente están definiendo las próximas 24 intervenciones. Ahora, eso de definir un paquete es muy difícil, tiene que ser viable financieramente. Creo que esta técnica va a evolucionar hasta ser una herramienta de rutina, con cada vez más información y con la necesidad de evaluar *ex-post* continuamente para que no sea solo un discurso bonito.

Cuestiones de equidad

¿Podría usarse este enfoque de análisis de costo-efectividad para lograr mayor equidad? “No se si realmente es la manera de hacerlo –responde Musgrove–. En realidad, este es un enfoque de eficiencia económica en un sentido muy directo y brutal. Creo que la equidad se tiene que tratar políticamente para no dejar que la eficiencia sea nuestro único criterio; pensar qué hacemos para asegurar que el financiamiento se dirija de manera de aumentar la equidad y no reducirla. Hace más de 10 años escribí un artículo en que puse juntos 8 o 9 distintos criterios para ver su grado de compatibilidad. El resultado fue que costo-efectividad puede estar –no necesariamente pero puede estar– en conflicto tanto con la equidad horizontal como con la equidad vertical. Entonces, quien toma las decisiones en el gobierno tiene que balancear esto.