

“Economía Aplicada a los Servicios de Salud: La necesaria integración de lo económico con lo asistencial”

Lic. ⁽¹⁾ Amanda N. Rubilar Lic. ⁽²⁾ María Teresa Rossi

De acuerdo con el Informe de la OMS del año 2.008, entre 1.995 y 2.005 el gasto mundial en salud prácticamente se duplicó, pasando de U\$S 2,6 a U\$S 5,1 billones; y además el ritmo de crecimiento se está acelerando, presenta una tasa de crecimiento superior al 5% anual en todo el mundo. El gasto en salud está creciendo más que el PIB y que la población. En el año 2.006, según estadísticas sanitarias mundiales de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2.009, el gasto medio por habitante fue de aproximadamente U\$S 720.

Si bien el crecimiento es dispar, se observa que en los países de ingresos altos y de gasto en salud elevado el crecimiento fue de 5,5%; en los países de ingresos bajos con bajo gasto en salud el gasto sanitario per cápita creció el 5,8%; pero en los países de ingresos medianos (economías sanitarias de rápido crecimiento) el gasto sanitario ha estado creciendo a un ritmo del 8,1% anual. Si las actuales tasas de crecimiento se mantienen de aquí al 2.015, el gasto en salud por habitante crecerá un 60% en las economías sanitarias de crecimiento rápido de las Américas en comparación con los niveles de 2005.

El problema no es sólo que este aumento significa restar recursos en otras áreas de la economía en los que se podrían obtener mejores retornos sociales sino que está claramente demostrado que la mejora en la salud de la población está más influida por más y mejor educación, dotación de agua potable, saneamiento, viviendas dignas, aumento en el nivel de ingreso, etc. que por un aumento en el gasto en salud.

También se ha demostrado que una parte de ese incremento no sólo se debe al envejecimiento de la población sino que se explicaría entre otros por los siguientes motivos:

- El uso intensivo de la tecnología que para algunos autores en los países desarrollados explicaría el 80% del crecimiento del gasto.
- Y, el incesante avance de la tecnología y del conocimiento científico, y la rapidez de la introducción de ambos para su uso generalizado; lo cual no permite el procesamiento de la información necesaria para evaluar con rigor el impacto clínico real de las nuevas intervenciones en salud. De hecho, se desconoce en gran medida la contribución relativa de cada procedimiento

⁽¹⁾ Presidente del Comité de Economía de la Salud de la A. M. A. MC. Adm. Sistemas de Salud.

⁽²⁾ Secretaria del Comité de Economía de la Salud de la A. M. A. M. en Economía y Gestión Sanitaria.

diagnóstico o terapéutico a la prolongación de la cantidad o la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

- Un tercer hecho reconocido en los últimos años es la variabilidad inexplicada de la práctica clínica, que revela la existencia de práctica inapropiada en la vida real; ya sea por exceso (de atención médica) o por defecto (de atención) lo que crea ineficiencias y afecta la calidad de la atención, y es lo que se ha dado en llamar la “**medicina innecesaria**”. Hecho éste que además afecta la seguridad del paciente y del equipo que interviene en el proceso asistencial.

En este contexto muchos han sido y siguen siendo los intentos aplicar herramientas e instrumentos metodológicos que permitan a los decisores optar por aquellas tecnologías médicas efectivas, eficientes, seguras y de calidad.

Entendemos por tecnología médica al conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y en los sistemas organizativos con los que se presta la atención de la salud, que es la definición que el Instituto de Medicina de los E.E.U.U. propuso a la Oficina de Evaluación de Tecnología.

En este escenario que es en el que desarrollan sus actividades las organizaciones de salud tenemos que agregarle las características propias de las mismas que también influyen en su manera de funcionar.

Como en toda organización en las organizaciones de salud el recurso humano es el más valioso, pero en el caso particular de éstas últimas el rol que juegan los profesionales es de vital importancia, ya que son los que a través del conocimiento deciden que estudios de diagnóstico realizar, qué terapéutica aplicar, si hay que internar o no, cuál es el tiempo de internación, si hay que operar o no, etc., esto es, deciden qué recursos se aplican, cómo se aplican y cuándo se aplican. Y esto es así porque ellos son los que poseen el conocimiento, debido a que han sido capacitados por la Universidad, y entrenados durante la Residencia para ante cada caso:

1-Identificar de qué problema de salud se trata.

2-Aplicar el programa estándar que internalizaron a lo largo de los años de capacitación para solucionar ese problema.

Se trata de un tipo de organización (denominada profesional) en la que las decisiones inversamente a lo que ocurre en el resto, se toman en la base de la organización y no en la cúpula. Además como cada profesional sabe lo que el otro espera de él trabaja en forma muy independiente de sus colegas aunque relacionado estrechamente con el paciente. Esto genera problemas de coordinación en la base de la organización.

Como el núcleo de operaciones está integrado por profesionales prácticamente no hay analistas, además son los propios profesionales los que ejercen el control de su trabajo, lo que los profesionales deciden dejar pasar por alto (sucede en la organización) y esto afecta directamente el/los resultados (el desempeño) del servicio y de la misma organización.

La única parte de la organización profesional, fuera del núcleo de operaciones, que está bien desarrollada es el área de administración, de apoyo que está justamente centrada en atender las necesidades del núcleo de operaciones.

En general, en estas organizaciones el área asistencial y el área administrativa aparecen como jerarquías separadas, en la que cada uno tiene una manera diferente de ver las cosas, utilizando además leguajes y códigos diferentes. Es importante que el profesional entienda que cuando hace una prescripción diagnóstica o terapéutica está decidiendo cómo administrar los recursos (camas, horas de enfermería, medicamentos, equipos, etc.) y que el gerente entienda que cuando facilita o niega recursos para realizar las prestaciones, interviene en la calidad de la atención.

Los encargados de dirigir estas organizaciones se encuentran ante el desafío de tomar medidas eficaces frente a los múltiples problemas que se presentan, efectivas en la solución de los mismos, pero además eficientes, es decir, que presenten una adecuada relación costo/calidad, entendiendo por ésta última no sólo la calidad percibida sino además la calidad técnica y humana de los servicios prestados. Y todo ello sin dejar de prestar atención a los intereses muchas veces contrapuestos de:

- Los pacientes que quieren que se les solucione su problema de salud lo antes posible y sin inconvenientes.
- Los profesionales, que quieren contar con los elementos necesarios para poder aplicar sus conocimientos y con una remuneración adecuada.
- Los financiadores que quieren que se minimice el gasto.

De lo que se trata es de dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades y expectativas de la población basada en criterios de clínicos y gerenciales, otorgando servicios de calidad, teniendo en cuenta la seguridad del paciente y utilizando los recursos eficientemente.

La atención más segura del paciente sólo se lleva a cabo cuando el equipo de profesionales que atiende al paciente trabaja realmente en equipo, comunicándose entre ellos y con el paciente; y otorga el servicio de salud, de acuerdo a procesos cuidadosamente diseñados y consensuados.

Para ello es clave que la organización:

- Tenga una clara definición de lo que se produce, en qué condiciones de eficiencia y eficacia, y cuál es su impacto en la salud y bienestar de la población.

- Y también tenga en claro cómo se produce lo que hay que producir (servicios de salud).

Es necesario asimismo la creación de «**puntos de encuentro**» (**áreas de interés común**) entre médicos y gerentes, que hagan converger eficacia clínica y calidad técnica (interés del clínico) con eficiencia administrativa y racionalización de costos (interés del gerente); así como convertir en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa desarrollar a todos, como la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), la relación costo / beneficio de nuevas tecnologías o intervenciones (eficiencia económica), la confianza y apoyo social (sustentabilidad política y financiera).

Los países desarrollados han avanzado en los últimos 20 años en este sentido incorporando la Dirección por Objetivos (**DPO**) a efectos que las organizaciones diseñen sus Planes Estratégicos y Operativos en base a los cuales la Dirección de las mismas acuerda con los distintos servicios niveles de actividad y estándares de calidad, (objetivos a alcanzar); incorporando además el concepto de **Gestión Clínica** con el fin de favorecer la obtención de los mejores resultados asistenciales con la aplicación de conocimientos sistematizados y con evidencias.

Para que el concepto de «**gestión clínica**» se pueda realizar en la práctica hospitalaria cotidiana, se requiere de una transformación cultural y organizacional, en la que el hospital se rediseñe sobre la base de la responsabilidad de los equipos clínicos en el uso de los recursos disponibles, esto es lo que configura el concepto de **unidad de gestión clínica** o «**centro de responsabilidad**».

Todo lo cual implica un verdadero cambio en el modelo de gestión (pasar de la gestión tradicional a la gestión por procesos focalizada en el paciente), modificar la cultura de la organización (las actitudes y comportamientos de los recursos humanos que trabajan en la institución). La estructura de la organización y el diseño de los procesos deberán adaptarse, en la medida de las posibilidades, a las necesidades y expectativas de los pacientes.

La gestión por procesos procura asegurar de forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios, y en el **proceso asistencial en sí mismo**.

El hecho de que en todo proceso de asistencia intervengan diversos profesionales, unidades y niveles asistenciales, determina que todas las personas que trabajan conjuntamente en el proceso se deben comunicar y coordinar entre sí, de manera que la información (elemento vital en el proceso), fluya libremente. A esta coordinación y comunicación se la conoce como **variable de integración de la organización**.

Las **Guías y Vías Clínicas**, son aquellos planes puramente asistenciales previstos para la mayor parte de los pacientes de una determinada patología y con un curso clínico predecible. Se basan en el conocimiento científico e investigador, así como en la práctica médica, debiendo ser elaboradas por un grupo de expertos mediante el consenso, sobre la base de una práctica clínica correcta. Son flexibles, no sustituyendo en ningún caso a los conocimientos médicos, debiéndose modificar y actualizar según las necesidades del Servicio y los avances de la ciencia médica.

El **mapa de proceso** es similar a lo que se conoce como “**vías clínicas**”, o “**mapas de asistencia**”. Una **vía clínica** determina el conjunto de actividades diagnósticas, de tratamiento y organizativas que son específicas para un conjunto homogéneo de pacientes que presentan la misma condición clínica. En la vía clínica se especifican la unidad asistencial que es responsable en la realización de cada actividad, la duración de las actividades y los resultados que se desean conseguir.

En estos mapas del proceso asistencial, para la definición de la cohorte de pacientes cuya asistencia viene definida en la “**vía**”, se seleccionan a través de un diagnóstico del ICD 9-CM. Para una correcta gestión del proceso, además de la representación del flujo del proceso, se deben incluir los procedimientos, protocolos, e instrucciones de trabajo, que nos indican como tenemos que hacer las tareas, que son necesarias para llevar a cabo el proceso en la forma que ha sido diseñado.

El control de los procesos, es necesario para conseguir que la variabilidad de cada categoría esté dentro de un límite, de forma que la variabilidad de los resultados, esté situada también dentro de unos límites definidos estadísticamente. La tarea del sistema de control del proceso, es vigilar la variabilidad y activar elementos de retroalimentación cuando el proceso excede de las tolerancias permitidas.

El análisis de la variación en la práctica clínica es fundamental para la gestión de la calidad, de seguridad del paciente y del equipo que lleva a cabo el proceso asistencial. Esta variación a veces es defendida como el arte de la medicina o como autonomía profesional. Sin embargo, la **variación sin justificación** (variación en la práctica sin un claro propósito en la asistencia al enfermo), suelen ser el origen de la **no calidad** y de los **costos de no calidad**. Esta variabilidad se expresa en los diferentes enfoques, que se tienen sobre pacientes que presentan la misma condición clínica (uso de medicamentos, tipo de intervenciones, utilización de medios diagnósticos, etc.).

Para poder actuar sobre la variabilidad en los resultados del proceso asistencial, debemos diseñarlo y ejecutarlo de forma correcta, y registrar todo aquello que nos permita después explicar las variaciones no deseadas. Relacionado con el concepto de variabilidad, está el de capacidad del proceso. La capacidad del proceso, nos permite disponer de una medida cuantitativa de su adecuación.

Si las capacidades de unos procesos son conocidas, es más fácil planificar con dichos datos, tanto en términos de reproducibilidad y variación; y por tanto conocer el resultado de una manera precisa. Podemos definir este concepto como el **rediseño de los procesos hospitalarios** desde el punto de vista del paciente, para mejorar drásticamente la calidad, seguridad y/o los costos, utilizando una variedad de habilidades y herramientas.

Las **Guías Integradas Asistenciales (G.I.A.´s)** permiten la planificación, implantación y evaluación del proceso asistencial de forma no segmentada, es decir, teniendo en consideración también las actividades no asistenciales; analizan la organización desde la perspectiva horizontal.

El objetivo de las **G. I. A.´s**, es tener un instrumento de gestión dentro de este ámbito y la integración horizontal de los procesos asistenciales y que su planificación,

implantación y revisión permita utilizar cualquiera de los modelos existentes de autoevaluación para poder identificar las áreas más ineficientes y susceptibles de mejora, debiéndose diferenciar las tareas clínicas de las no asistenciales aunque el análisis se realiza integrando todas ellas.

La **excelencia** se debe mantener en la organización a lo largo del tiempo mediante la mejora continua de todas las actividades de la misma, incluyendo no sólo la actividad asistencial, de investigación y docencia sino también otras no asistenciales que deben ser igualmente analizadas. Todo lo cual conducirá a que la organización cumpla con su Plan Estratégico y alcance los resultados deseados asignando eficientemente los recursos; al vincular lo asistencial con lo económico.

En este sentido, supone el cambio de la organización basado en la participación de las personas que trabajan en ella para mejorar los resultados de la misma. Propone una gestión integral que se basa en:

- Centrar las actuaciones en el paciente.
- Comprometer al equipo de salud en la gestión del proceso.
- Una práctica clínica adecuada (basada en la mejora continua de la calidad).
- Un sistema de información integrado.
- Continuidad de la asistencia.
- Responsabilidad social ante la población por la calidad y seguridad de los servicios.

En las organizaciones de salud los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, innovación, capacidad, conocimientos, recursos, tiempo y perseverancia. Y esto es así, debido a las características propias de este tipo de organizaciones: el alto porcentaje de profesionales con alta calificación, la cultura médica de autonomía en sus decisiones, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones (clínicas, industriales y administrativas) que se efectúan, todas las cuales la convierten en una de las organizaciones más complejas.

En los esfuerzos de innovar y de tomar iniciativas, hay luchas de poder entre los distintos grupos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos de los cambios que se quieren implementar. Como así también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias, a los que hay que estar dispuesto a enfrentar en el camino del cambio.

Para que los cambios se produzcan es esencial contar con el liderazgo, los conocimientos, habilidades y experiencias, con el apoyo político necesario, con la capacidad de comunicar, y comprometer a los recursos humanos de la organización.

La Evaluación Económica es uno de los instrumentos que aporta la Economía a la Salud para generar el cambio en este tipo de organizaciones.

Porque la evaluación económica, aplica los conceptos básicos de la economía al establecimiento de prioridades, y la economía nos dice cómo hemos de gastar un determinado presupuesto para conseguir el máximo beneficio.

El objetivo de la evaluación económica es la de asignar los recursos para **maximizar el beneficio**, la primera pregunta que nos viene a la cabeza es la de qué entendemos por beneficio en el contexto de la asignación de recursos en salud. Consideramos como beneficio la ganancia en la salud y esto requiere medir la efectividad de los programas y de los tratamientos sanitarios.

Las tres cosas que un médico debe saber de economía:

1. Que la eficiencia es la marca del virtuosismo en medicina, pero que el camino a la eficiencia pasa por la efectividad.
2. Que la ética médica exige la consideración del costo de oportunidad en las decisiones diagnósticas y terapéuticas.
3. Que las utilidades relevantes son las del paciente.

La eficiencia, marca del virtuosismo

La **eficiencia clínica** pasa por la maximización de la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales posibles.

El camino a la eficiencia social pasa por la efectividad clínica ¿cómo estimular el anhelo de efectividad? Reforzando la preocupación en el médico, por la probabilidad que los pacientes de su entorno próximo tienen que beneficiarse de su actuación.

Para llegar a preocuparse por la efectividad de la práctica hay que ser consciente de que las cosas pueden hacerse de más de una forma y que no necesariamente la propia es la mejor. Hay que formular preguntas del tipo ¿Para qué sirven algunas de las rutinas y procedimientos habituales? Esto significa preocuparse por medir el efecto de la actuación incorporando las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud.

Incorporación del costo de oportunidad

COSTO DE OPOTUNIDAD: Aquello a lo que renunciamos al elegir una opción o tomar una decisión.

Evaluar el costo de oportunidad de un tratamiento diagnóstico o terapéutico significa considerar el beneficio que deja de obtenerse en la mejor alternativa razonablemente disponible. Constituye una forma de asegurarse que se obtiene el máximo resultado, en términos de impacto en el bienestar, a partir de unos recursos determinados.

El verdadero costo de la atención sanitaria no se mide en dinero, ni en los recursos que el dinero mide. Son los **beneficios en la salud** –paliación de síntomas, recuperación

funcional, mayor esperanza de vida– que podrían haberse conseguido si ese dinero se hubiera utilizado en la mejor alternativa. En las decisiones terapéuticas, el beneficio se mide en términos de efectividad.

Utilidades relevantes: las del paciente

Una gran parte de las actuaciones sanitarias no tienen traducción en términos de mayor cantidad de vida, pero sí en mejor calidad de vida. Al ser la calidad subjetiva y multidimensional, resulta inevitable el activismo del paciente para poder establecer el curso de acción más efectivo. Ello requiere proporcionar información pronóstica a los pacientes.

Se vuelve imprescindible para valorar la efectividad de los tratamientos con impacto importante en la calidad de vida y para realmente actuar como agente del paciente, haciendo lo mejor para él, lo que supone considerar las variables relevantes (clínicas, familiares, sociales, económicas) a cada decisión clínica. La medida de la utilidad puede utilizarse en ocasiones para expresar la preferencia global de un paciente ante diversas alternativas.

El término evaluación económica se reserva a aquellos estudios que evalúan comparativamente dos o más alternativas a través de la medición y valoración sistemática de los costos y resultados de cada una de ellas.

Las modalidades de evaluación económica se pueden agrupar en dos grandes categorías, dependiendo de la forma en que se midan y valoren los resultados o beneficios derivados de las alternativas objeto de análisis.

Si se opta por cuantificar los resultados en unidades monetarias –igual que los costos– **nos encontramos ante un análisis costo-beneficio.**

Si, la medida y valoración de los resultados se realiza en unidades no monetarias, el tipo de evaluación desarrollado será un análisis costo-efectividad –que, en el caso de utilizar AVACs (años de vida ganados ajustados por calidad) como unidad de medida de los resultados, se considera en ocasiones una modalidad de evaluación con identidad propia: el análisis costo-utilidad–.

La evaluación económica sanitaria puede definirse como un conjunto de técnicas que utilizan métodos y teorías de las ciencias de la salud y de la economía, desarrolladas para evaluar los aspectos económicos de la asistencia, es decir los costos y los beneficios o consecuencias de diferentes intervenciones, proporcionando datos útiles para la toma de decisiones. Cuando lo que se evalúa es la eficiencia de los tratamientos farmacológicos, se denomina **“farmacoeconomía”**, disciplina que proporciona datos objetivos que pueden ser útiles para un mejor aprovechamiento de los recursos destinados al ámbito farmacéutico.