

ACTUALIZACIÓN

Economía y salud

Eduardo de la Puente

Sociedad Argentina de Medicina Farmacéutica

Resumen

La salud y su cuidado tienen un impacto económico significativo tanto en el plano individual-familiar como en el nivel estatal. En virtud del progreso constante de la Medicina, así como de los costos inherentes de la investigación que posibilita dicho progreso, junto con una declinación del ingreso de recursos, los sistemas de salud han entrado globalmente en una crisis que amenaza su viabilidad a largo plazo. Los más difundidos, basados en el principio de terceros pagadores, si bien lograron mejorar el acceso a la atención para una gran proporción de la población, trasladaron el impacto de su crisis de viabilidad económica a la calidad de la atención que reciben los pacientes, en un intento de contener los costos asistenciales. Esta visión excesivamente simplista ha llevado a un serio deterioro de un aspecto primario e irrenunciable de la atención como es la relación médico-paciente. La metodología farmacoeconómica ofrece un enfoque más racional, aunque con resultados a mediano y largo plazo, consistente en desarrollar medios para incrementar la eficiencia en el uso (asignación) de los recursos disponibles. El análisis F-E genuino, sin embargo, debe basarse en outcomes válidos provenientes de evidencia de calidad y de considerar la totalidad de los costos, incluso los "ocultos" y los "intangibles", aún cuando manifiesta o tácitamente sean asumidos por los pacientes o la sociedad en su conjunto. Por el contrario, soslayarlos no los hará desaparecer y cualquier recomendación surgida de tal análisis estará viciada de invalidez. Los médicos ya no pueden permanecer ajenos a las consecuencias económicas del ejercicio de su profesión. Conocer y mantener actualizadas las normas aceptadas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más prevalentes de su práctica debe incluir la confrontación F-E de las mismas para saber si representan verdaderamente la mejor alternativa a ofrecer a los pacientes y la comunidad.

Summary

Health care has a major economic impact both at individual and social/government levels. Due to the cons-

tant advance in medical science, along with the inherent increase in costs and declining resources, health care systems face a long-term viability crisis. With the aim of cost-containment, the more widely accepted systems - based in the third party payers principle- have brought their economic viability crisis to the quality level of the patient assistance. This oversimplified view affected seriously to the physician-patient relationship, such a very basic and irreplaceable aspect of the medical assistance. F-E offers a more rational approach, even taking in account its medium and long-term results, based in development of ways to improve efficiency in use of available resources. A genuine F-E analysis should be based on validated, high-quality outcomes evidence and consider costs as a whole, including "hidden" and "intangibles". Even though patients or the society frequently affords these ones. In the opposite, "forgetting" them will not make to disappear and any guide or recommendation based on such analysis should be considered non-valid. Doctors cannot remain away from the economic consequences of their activity. In addition to knowledge and updating of modern and proven diagnostic or therapeutic guidelines of each specialty, they must be challenged by the specific F-E approach in order to establish if truly represent the "gold standard option" to offer patients and the Community as a whole.

La Medicina ha sido concebida tradicionalmente como una profesión independiente. Los médicos reciben en su mayoría una formación científico-técnica que no incluye aspectos administrativos, económico financieros o de relaciones laborales. La mayoría se siente ajeno a estos aspectos por otra parte esenciales del ejercicio de la profesión médica.

La salud, sin embargo, y su contracara, la enfermedad, tienen un impacto profundamente significativo en la economía, en todos sus niveles, desde el plano individual-familiar hasta el funcionamiento social y de los Estados. Así, la organización social fue incorporando mecanismos de planificación, control y administración de los recursos asignados para atender la salud de sus miembros, arribando a lo que hoy se conoce genéricamente

Correspondencia: Eduardo de la Puente
E-mail: edp57@yahoo.com.ar

como sistemas de salud. Éstos se han conformado según diversos modelos en sintonía con la orientación ideológico-política de los Estados que los crearon o adoptaron.

Independientemente del modelo considerado, el mero concepto de sistema de salud introduce un drástico cambio de enfoque en la manera de concebir el acto médico primario, esto es, la relación médico-paciente. El sistema considera al conjunto de la población y su punto de vista es colectivo, en abierto contraste con las necesidades, modos y expectativas que rigen la relación individual de un paciente con su médico.

La salud por cuenta propia

No es necesario retroceder hasta los orígenes de la Medicina o a los pueblos primitivos para encontrar un modelo de atención de la salud basado casi exclusivamente en los recursos y las decisiones de los individuos.

Limitando la consideración a la Argentina de la primera mitad del siglo XX (tan solo una o dos generaciones atrás) se percibe inmediatamente que los individuos o las familias de ese entonces afrontaban las situaciones de salud-enfermedad con sus propios recursos. Era común que las personas tuvieran una reserva de fondos por si una enfermedad grave afectaba algún miembro de la familia o, en caso contrario, que tuvieran que desprenderse de su patrimonio personal para hacer frente a tales situaciones.

Hoy esto puede parecer cruel, inaceptable o socialmente egoísta, pero la idea de que otros se hagan cargo –económicamente hablando– de la salud propia, surge en la sociedad argentina, recién con la creación de los sindicatos y sus obras sociales (si no se consideran los esbozos mutualistas de los inmigrantes de aquel entonces).

Al margen de los cuestionamientos económicos mencionados, la salud administrada por cuenta propia tenía ciertas características positivas, como la de estar fundamentada en la confianza surgida de la relación médico-paciente y su consecuencia, la jerarquización del acto y la profesión médica.

Terceros pagadores en salud

Por diversos motivos en el país nunca se desarrolló un sistema de salud íntegramente en manos del Estado. El hospital público, en sus distintas configuraciones y niveles de complejidad, brinda atención a los sectores de la población que están al margen de los otros sistemas o cuando los recursos de éstos resultan insuficientes.

Para la mayoría de la población económicamente activa o jubilados se implementaron varios modelos basados en la idea de que el paciente no deba pa-

gar directamente los costos de atención de su salud, sino que éstos quedaran a cargo de un tercero.

Esta figura de tercero pagador inicialmente estuvo basada en los denominados “sistemas solidarios”, según los cuales el conjunto de la población cubierta realiza aportes mensuales –generalmente en la forma de un porcentaje de descuento sobre las remuneraciones– a un fondo común con el que se afrontan los gastos asistenciales de los que lo requieren.

Este es el modelo de las obras sociales, tanto de vinculación sindical (por ejemplo, en OSECAC y UOM), como las manejadas por los Estados Provinciales (por ejemplo, en IOMA) o por el Estado Nacional, como es el caso del Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Más recientemente se incorporó una variante de tercero pagador basada no en el principio de solidaridad, sino en el funcionamiento de las compañías de seguros que, para el caso de la atención de la salud, en nuestro medio recibieron la denominación de “prepagas”. En este caso, los aportes individuales constituyen una prima que brinda como contraprestación una cobertura determinada, también individual, pactada libremente entre la aseguradora y sus clientes.

Contrastes entre terceros pagadores y salud individual

Como era de esperarse en virtud de su origen y objetivos, los sistemas de terceros pagadores mejoraron el acceso a la atención para una gran proporción de la población, siendo ésta su principal virtud. Su implementación, sin embargo, trajo aparejadas algunas “pérdidas”.

Cuando en la salud pactada individualmente, el paciente elegía a qué médico consultar con total libertad de criterio, los sistemas organizados por terceros acotaron dicha elección a listados –cartillas– de profesionales contratados. En el primer caso, la elección del médico estaba principalmente influenciada por la confianza en éste, surgida de sus antecedentes, así como de la propia relación con el paciente. Ante una cartilla de prestadores, la elección pasa por aspectos como la cercanía del consultorio, conveniencia de los días y horarios de atención, disponibilidad de turnos, etc. A largo plazo las posibilidades de elección están influenciadas además por las altas y bajas de prestadores, sujetas a su vez a las condiciones de la relación laboral entre los médicos y el administrador del sistema.

Inevitablemente el escenario descrito es difícilmente compatible con figuras como la del médico de familia o de cabecera, imposibilitando el desarrollo de una relación médico-paciente sólida y verdadera.

El proceso de la consulta, como acto médico primario, adquiere una fisonomía propia, característica. Los honorarios bajan significativamente, son

percibidos en forma diferida y sufren descuentos y retenciones en el marco de las condiciones impuestas por el tercero pagador. En compensación, los profesionales necesitan aumentar el número de pacientes atendidos por jornada; el tiempo dedicado a cada consulta no puede extenderse; el diagnóstico y tratamiento se automatizan; el diálogo con el paciente desaparece.

Podría postularse que la proliferación de medicinas alternativas tiene su explicación, al menos en parte, en la necesidad (insatisfecha) de los pacientes de ser escuchados por el ser humano-médico que tienen enfrente. La consulta puede estar motivada por una dolencia o un conjunto de síntomas en particular, pero mas allá de éstos, el paciente tiene miedos, frustraciones, dudas o inquietudes que cualquier persona dispuesta a escuchar (no necesariamente un médico) y con un mínimo de sensibilidad y sentido común podría responder o aliviar.

En una situación médica pactada individualmente las decisiones suelen tener como objetivo final brindar/obtener la mejor alternativa para el tratamiento del paciente. En los sistemas de terceros pagadores en cambio, el eje motivacional para la toma de decisiones incorpora el aspecto económico y las alternativas terapéuticas pasan a ser las que resulten más costo-efectivas para el conjunto de la población de afiliados o las que brinden la mejor relación costo-beneficio para el sistema.

En el fondo de esta cuestión cabría analizar los efectos y consecuencias de estos modelos sobre la calidad de la atención que reciben los pacientes.

Situación económica de los sistemas solidarios. ¿Crisis o inviabilidad?

El avance de los medios diagnósticos, así como

en las intervenciones terapéuticas de que dispone la medicina moderna, si bien han logrado mejoras notables a nivel de la asistencia en la enfermedad y de la promoción de la salud, también han causado una expansión más que significativa de los costos de los sistemas de salud en todo el mundo, llevándolos muchas veces a niveles críticos. En este camino, el gasto nacional en salud representa varios puntos del PBI para muchos países cuyos recursos son limitados, por lo que naturalmente surge una preocupación por analizar la calidad y eficiencia de dicho gasto, o directamente, la intención de recortarlo.

Como se explicó antes el funcionamiento económico de los sistemas denominados solidarios está basado en la recaudación de aportes entre todos sus miembros (afiliados, asociados, beneficiarios, según se trate de una obra social, una mutual, etc.), conformando así los Recursos del sistema. Con éstos, se afrontan los gastos de la atención médica de los miembros que la requieren.

En una visión rápida se percibe que el sistema será sustentable (los recursos superan o al menos igualan a los gastos) en la medida que cuente con muchos aportantes y se enfermen sólo unos pocos. La realidad actual está apuntando exactamente en la dirección opuesta. (ver la Tabla 1)

Para volver a equilibrar la balanza económica de los sistemas solidarios se puede actuar sobre ambas variables: aumentar los ingresos y reducir los gastos. Lo primero se puede lograr aumentando a los asociados el valor de las cuotas (una posibilidad, aunque no siempre fácilmente practicable, para las aseguradoras privadas o prepagas) o bien buscando incrementar el número de afiliados sanos que aporten cuotas (un fenómeno que por estos días se observa cada vez con mayor frecuencia en el campo sindical).

Tabla 1. Situación económica de los sistemas de salud

Declinación de ingresos	Escalada de costos
Reducción del conjunto de aportantes	Pirámide poblacional envejecida (más enfermedades, mayor % de enfermos)
- Envejecimiento poblacional - Más jubilados - Menos trabajadores activos - Desocupación	- Mayor prevalencia de enfermedades con atención/internación crónica - Programas de rehabilitación - Residencias geriátricas
Pérdida de valor de los salarios	Mayores tasas de supervivencia de pacientes, antes considerados terminales
Devaluación monetaria local	Nuevas tecnologías y recursos diagnósticos y terapéuticos con mayores costos
Trabajo en negro. Evasión fiscal y previsional	

Para actuar sobre el platillo de los gastos se han ido desarrollando diversas estrategias. De nuevo los actores privados, contando con mayor libertad de maniobra, buscan por ejemplo, estimular la asociación de los más jóvenes con promociones y planes especiales de beneficios, en tanto que desalientan la de eventuales adultos mayores interesados.

En los sistemas solidarios, generalmente más regulados, muchas de las estrategias antes descritas -centradas en los asociados- están vedadas, por lo que han centrado sus esfuerzos fundamentalmente sobre el aspecto de los costos asistenciales. Así se explican el exiguo valor percibido por el médico a cambio del "bono" de consulta por obra social, la permanente -y a veces, desgastante- negociación con los prestadores (clínicas, centros de diagnóstico), o las restricciones impuestas a la cobertura de determinadas prestaciones, muchas veces sin un fundamento médico consistente.

En los '90 se creyó haber hallado una solución para la crisis generalizada del déficit de las obras sociales, trasladando la negociación con los prestadores a una figura "importada" como fueron las mandatarias o gerenciadoras. Básicamente la idea fue que la obra social pagara a estos intermediarios un monto fijo *per capita* (fácilmente relacionable con sus ingresos, las cuotas fijas de los aportes) y que ellos se ocuparan de negociar con los prestadores y saldaran las cuentas por prestación (permítaseme la redundancia).

Esto dio origen al -por aquel entonces- moderno concepto de gerenciamiento de enfermedad (*disease management*), derivado de la denominación que recibieron estas entidades en los EE.UU., como *Health Management Organizations* o HMOs, curiosamente "rebautizadas" después como *Health Maintenance Organizations*.

Finalmente, un enfoque mucho más complejo y de implementación y resultados a mediano y largo plazo consiste en desarrollar medios para incrementar la eficiencia en el uso (asignación) de los recursos disponibles.

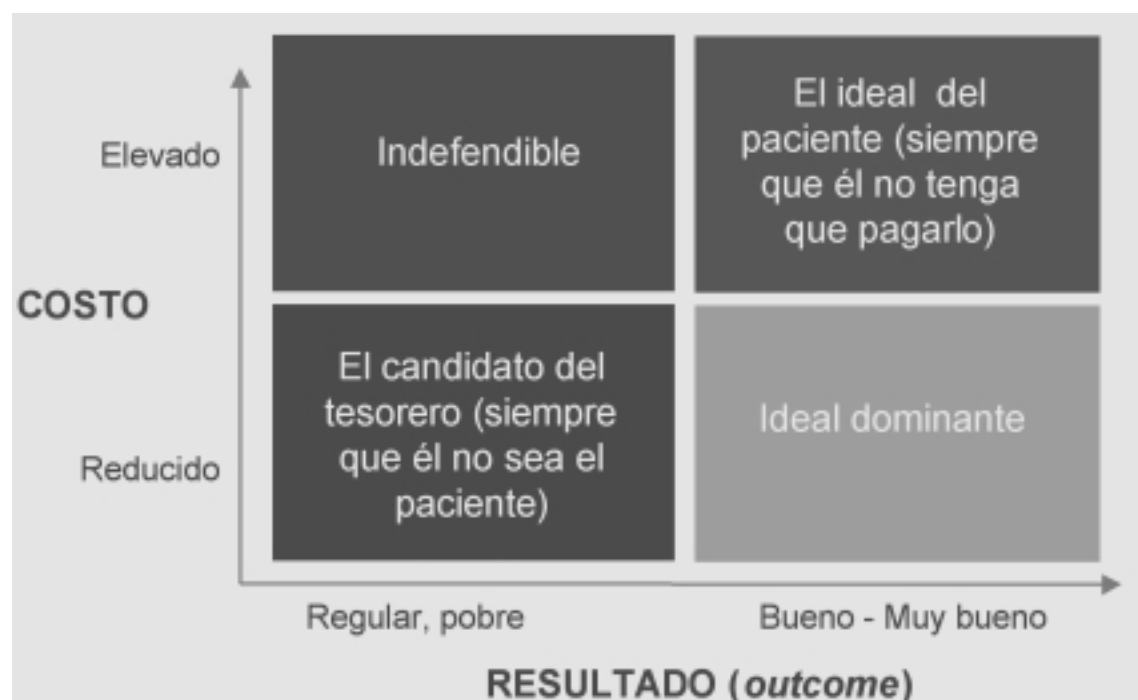
Farmacoeconomía: un camino a la eficiencia

Inmersa en el campo más amplio de la Economía de la salud, la Farmacoeconomía (F-E) es un conjunto sistemático de procedimientos y herramientas metodológicas para comparar costos y resultados entre alternativas de intervención frente a situaciones concretas de enfermedad. A diferencia de una comparativa de precios, este método necesariamente debe incluir los resultados o desenlaces (*outcomes*) obtenidos con cada terapia para vincularlos con los costos respectivos.

La relación descrita, resultados / costos, queda claramente graficada en la matriz general de análisis F-E de Hillman. (Figura 1)

La relación de costos / resultados de una terapia conocida o de referencia y su comparación

Figura 1. Matriz de Hillman



con la correspondiente a otra alternativa en estudio se resume en los siguientes componentes del Análisis FE:

- Incremental de costo DE COSTOS de las drogas / tratamientos que se están considerando
- Incremental de eficacia (Resultados o *outcomes*) de las drogas / tratamientos que se están considerando
- Valor marginal implícito

Componentes básicos del análisis F-E

Costos

Si bien esta expresión se limita a establecer la diferencia entre los costos de las alternativas de tratamiento que se están considerando, conlleva buena parte de las causas de error y confusión del análisis F-E actual. La razón es la dificultad en detectar y/o medir la totalidad de los costos inherentes a un tratamiento, más allá del precio de adquisición del medicamento o procedimiento que se esté considerando.

La Tabla 2 resume la conformación habitual de la estructura de costos en una intervención terapéutica normal.

Cuando el análisis F-E está referido a un tratamiento medicamentoso, los costos a considerar se desglosan del siguiente modo:

- 1) Precio (valor pagado al adquirir el medicamento)
- 2) Costos de preparación y administración (generalmente referidos a inyectables)
 - a) Descartables / insumos
 - b) Horas - sueldo de enfermería
- 3) Costos incurridos por eventos adversos de la medicación
 - a) Tratamientos sintomáticos
 - b) Interconsultas / exámenes complementarios
- 4) Costos incurridos por mala *compliance*
 - a) Re-tratamiento
 - b) Complicaciones / intruccurrencias
- 5) Costos derivados de fallas terapéuticas
 - a) Directos (médicos y no-médicos)
 - b) Indirectos
 - c) Ocultos
 - d) Intangibles

Resultados (*outcomes*)

Este componente del análisis expresa la diferencia entre la eficacia terapéutica demostrada con el tratamiento en evaluación y la del tratamiento de referencia.

Los parámetros de eficacia a considerar dependen del tipo de tratamiento que se esté evaluando, pero ciertamente deberán provenir de estudios confiables, preferentemente revisiones o meta-análisis, con validez estadística y metodológicamente incuestionables.

Tabla 2.

Costos directos	Costos indirectos
- Médicos: consultas, internaciones, prácticas, enfermería, tratamientos	Pérdida de productividad
- No médicos: traslados, alojamientos, etc, atribuibles a la enfermedad	Ausentismo laboral o escolar, propio o de cuidadores
Costos ocultos	Costos intangibles
Automedicación	Sufrimiento, miedos
Medicina alternativa	Deterioro de la calidad de vida

Valor marginal implícito

Matemáticamente se trata del cociente entre las diferencias de costo y eficacia medidos para el tratamiento de referencia (ref) y el alternativo (alt), según la siguiente ecuación.

$$VMI = (\text{costo alt} - \text{costo ref}) / (\text{efic.alt} - \text{efic.ref})$$

El resultado es un valor monetario que expresa cuánto cuesta cada falla terapéutica evitada (o lo que es lo mismo, cada caso adicional con *outcome* favorable) que puede lograrse con el tratamiento alternativo, en comparación con el de referencia.

Para completar el análisis de modo que logre su finalidad de ayudar a la toma de decisiones en Salud este valor (VMI) necesita ser puesto en perspectiva con los costos y consecuencias determinados históricamente por las fallas terapéuticas del tratamiento convencional.

Un análisis F-E orientado a buscar genuinamente la mejor alternativa de costo-eficacia / beneficio no debería soslayar costos como los "ocultos" o los "intangibles", bajo el argumento que no serán cargados a la cuenta del tercero pagador.

Si se excluyen del análisis costos como por ejemplo automedicaciones a las que recurre el paciente cuando la prescripta por el médico no parece estar dando resultado, o los días de trabajo o incentivos por presentismo perdidos por el paciente, no se estará economizando sino "escondiendo bajo la alfombra" costos que pagará otro.

El paciente que se automedica no sólo se expone a complicaciones, efectos adversos e interacciones, sino que además asume el costo directamente de su bolsillo. Si la evolución no es afortunada, finalmente puede terminar requiriendo asistencia institucionalizada (internación), generando en definitiva costos mucho mayores a los de un buen manejo inicial.

Por último, si se considera el conjunto de la sociedad, el paciente que no evoluciona según lo esperado prolonga su inactividad, generando una pérdida de productividad que afecta a todos.

Modelos más utilizados de análisis F-E

Los alcances del presente comentario no pretenden desarrollar el conjunto de conocimientos de la farmacoeconomía como disciplina, los que por otra parte, están adecuadamente descriptos en numerosos tratados especializados. La Tabla 3 resume los modelos principales y más frecuentemente encontrados en la bibliografía, especificando sus características diferenciales más importantes.

Posiblemente la respuesta no se encuentre en la farmacoeconomía, sino en los mecanismos y niveles decisorios que llevan a establecer los montos que se asignan al presupuesto de salud de la población.

Tal vez se intenta debatir un dilema ético causado por una decisión administrativa, en lugar de administrar eficazmente decisiones basadas en la ética.

Tabla 3. Modelos F-E

Modelo	Input (\$)	Outcomes Origen/Tipo	Aplicación
Costo-Eficacia	Costos Directos	Estudios clínicos controlados	Registro
Costo-Efectividad	Directos e indirectos	Estudios de campo o naturalísticos	Formularios
Costo-Utilidad	Costos totales	Calidad de vida para los pacientes	Planes Estado
Costo-Beneficio	Variable	Ahorro económico (en \$)	Administradores de recursos
Minimización de costos	Directos e indirectos	Equivalencia demostrada	Centros asistenciales

Aspectos éticos

La limitación de los recursos disponibles o asignados a la salud plantea numerosas situaciones que son verdaderos dilemas éticos, generalmente originados en el conflicto entre los intereses del paciente individual y los de la comunidad (en el presente comentario, representados por el tercero pagador).

En circunstancias críticas, como por ejemplo durante una catástrofe, la resolución suele resultar más clara: si los recursos disponibles no son suficientes para todas las víctimas, se disponen para aquellos que tienen una oportunidad de sobrevivir, a expensas de quienes están agonizando. Fuera de las crisis, los contrastes son menos nítidos, hay más zonas grises y las posiciones pueden argumentarse.

Ya sea cumpliendo un rol asistencial en el Sistema de salud o como auditores o resguardo de los recursos de este, los médicos han sido empujados a la confrontación entre el deseo de mantener altos estándares de atención para los pacientes y la intención de contener los costos asociados a la misma. Se les exige mantenerse continuamente actualizados con los últimos avances de la práctica médica, las nuevas técnicas de diagnóstico, los más recientes desarrollos terapéuticos, dando cuenta de ello mediante procedimientos de recertificación. Pero se pretende que lleven esto a la práctica sin la asignación adicional de los recursos financieros correspondientes.

Bibliografía

- PhRMA. The value of Medicines. Washington, DC. 2002 - www.phrma.org.
- M E Klepser. The dynamics of health care resource utilization. *Pharmacotherapy* 2002;22:39-44.
- J L Stanford. *Lancet* 1991;338:557-558.
- M E Klepser. Editorial Introduction. *Pharmacotherapy* 2002;22:33-34.
- D F Sarpong. Application of pharmacoeconomics and outcomes research in formulary decision making. *Drug Benefit Trends* 1999;11:53-57.
- B R Goldspiel. *Oncology Pharmacoeconomics VII Int Symp on Oncology Pharmacy Practice*, Prague, Czech Republic - April 5-8. 2000.
- D Castro e I García. Establishing an insight-gaining area in pharmacoeconomics. *Farm Hosp* 2004;28(5): 375-383.
- K L Rascati et al. Education in pharmacoeconomics: an international multidisciplinary view. *Pharmacoeconomics*. 2004;22(3):139-147.
- J Avorn. The role of pharmacoepidemiology and pharmacoeconomics in promoting access and stimulating innovation. *Pharmacoeconomics* 2004;22(Suppl 2):81-86.
- Ahuja J; Gupta M; Gupta AK; Kohli K: *Pharmacoeconomics*. *Natl Med J India* 2004;17(2):80-83.