Con el Dr. José Suaya

# “Promover salud no es patrimonio exclusivo del sector médico”

El Dr. José Suaya, de visita en Uruguay para participar en el XXV Congreso del Colegio Uruguayo de Administración de Servicios de Salud, habló con **Noticias** sobre distintos puntos en el área de políticas de Salud

ALEJANDRA FRUTOS

Desde sus primeros años como estudiante de Medicina interna, el Dr. José Suaya tiene un gran interés por los temas relacionados con la salud pública y el proceso de la toma de decisiones en el área de la medicina. Una primera muestra de esa inquietud es su Master en Business en la Universidad Católica del Uruguay, que realizó mientras hacía su Residencia de medicina interna en el Hospital Maciel.

En 1998 emigró a Estados Unidos para continuar sus estudios, esta vez tras un Master en salud pública en la Boston University. Allí confirmó su interés por la investigación y las políticas de Salud, por lo que decide realizar en la Brandeis University un doctorado en políticas sociales, con la especialización, precisamente, en Políticas de salud y la subespecialización en Economía de la salud y Metodología general. Actualmente, combina ese doctorado con la tarea de investigador y docente de Estadística, Economía y Economía en la salud en la Brandeis University.

A fines de setiembre último, Suaya estuvo en Montevideo para disertar en el XXV Congreso del Colegio Uruguayo de Administración de Servicios de Salud sobre uno de sus temas favoritos: *Asignaciones de recursos y prioridades de salud en indicadores modernos*.

**Cuando en Salud se habla de analizar los costos para disminuirlos, ¿eso implica que la calidad de la atención será menor?**

Costo, cantidad y tipo de servicios disponibles y calidad de los mismos van en igual dirección. Esto quiere decir que si aumentamos el número o el tipo de servicios, sin modificar la estructura de costos, es probable que la calidad disminuya. Pero no necesariamente disminuir costos implica bajar calidad ya que es posible que signifique lo contrario. Conviene dar algunos ejemplos. Proveer un servicio en el interior del país puede significar una importante reducción en costos de transporte especializado y alojamiento para los acompañantes, o reestructurar un servicio puede aumentar la eficiencia y con igual costo aumentar el número o la calidad del mismo, o eliminar la duplicación de servicios, por ejemplo, a través de acuerdos de cobertura puede lograrse que el servicio alcance economías de escala, bajando costos, y mejorando la calidad.

**Analizar el tema costo-efectividad siempre preocupó a los administradores de la Salud. Pero ¿ahora importa más, por ejemplo, por el aumento en el desarrollo tecnológico y las crisis económicas?**

Correcto. La introducción de nuevas tecnologías en cantidades cada vez mayores sumado a otras realidades como ingresos institucionales menguantes, consumidores de servicios médicos más informados y demandantes, profesionales médicos que utilizan todo su conocimiento para mejorar la situación de la salud de sus pacientes como si ellos fueran los únicos pacientes para con quien dividir los recursos disponibles, todo esto explica la necesidad de algunas metodologías que sirvan de guía en la elección de tecnologías basadas en la correcta relación de costo a cambio de efectividad o beneficio.

**Durante su conferencia mencionó el término AVISA como un indicador epidemiológico que mide la carga de enfermedad. ¿Qué significa?**

AVISA significa Años de vida saludables perdidos por discapacidad y muerte prematura. En inglés la sigla es DALY (Disability-Adjusted Life Years). Es un indicador epidemiológico que mide la carga de enfermedad al combinar información de morbilidad (incidencia, prevalencia, duración de la enfermedad y calidad de vida durante ese estado) y mortalidad prematura (tasa de mortalidad, expectativa de vida, edad de muerte para el país y para un país de referencia). AVISA condensa toda la información de diferentes indicadores epidemiológicos y permite reportar la carga de enfermedad en un solo parámetro. Por ejemplo, se puede reportar la carga de enfermedad impuesta por afecciones cardiovasculares, respiratorias, cáncer o diarrea, como equis años de vida saludables perdidos por 1.000 habitantes.

Ahora bien, una vez medida la carga de enfermedad impuesta por distintas condiciones, es posible tener una clara idea de cuáles son las enfermedades más importantes en una región o país y, consecuentemente, decidir si priorizar recursos para reducir dicho impacto. Como es posible medir la carga de enfermedad antes de una determinada interven-

ción, también es posible predecir el impacto de esa intervención sobre esa carga de enfermedad. Sabiendo el costo de la intervención y el beneficio de la misma (en términos de reducción de carga de enfermedad) se calculan indicadores de costo-efectividad para distintos tipos de intervenciones. Las intervenciones son más costo-efectivas si por la misma cantidad de dinero invertido obtengo una mayor reducción de carga de enfermedad o, alternativamente, si por la misma reducción de carga de enfermedad la intervención es más barata.

**¿Podría poner un ejemplo?**

Comparemos el costo de ganar un año de vida saludable (en términos de QALYs) en Estados Unidos de dos intervenciones: consejo médico para dejar de fumar y trasplante de corazón, más o menos 150 dólares contra 150.000 dólares, respectivamente. La primera intervención es un número muy grande de veces más costo-efectiva que la segunda. La metodología de costo-efectividad sugiere que las intervenciones más costo-efectivas deben priorizarse sobre las menos efectivas. Estas metodologías son, sin embargo, una ayuda para las personas que tienen la difícil tarea de tomar decisiones. La metodología no es normativa sino que sirve de guía. La decisión acerca de dónde priorizar es en última instancia política y dependerá del rol que jueguen los distintos actores interesados: gobierno, proveedores, consumidores, etcétera.

**¿Es posible mejorar los indicadores de Salud sin invertir en lo último en tecnología?**

Inversión es un concepto amplio, tan amplio como las opciones disponibles para invertir. Salud es también un concepto amplio y no significa la mera ausencia de enfermedad sino el estado de permanente mejoramiento y equilibrio entre cuerpo, mente y sociedad. Promover salud, prevenir enfermedad o incluso curarla, no es patrimonio exclusivo del sector médico o asistencial. Muy por el contrario la promoción de la salud está presente en políticas de desarrollo socioeconómico, de empleo, educación, vivienda, protección de la niñez, derechos de la mujer, seguridad social, seguridad pública, deportes, saneamiento, agua potable, asentamientos irregulares... Las intervenciones en todos estos sectores tienen un claro impacto en la salud de los habitantes y consecuentemente son muy beneficiosas. Ahora bien, las inversiones en el sector médico asistencial parecen ser igualmente beneficiosas aunque pueden ser a veces menos beneficiosas en términos del valor por el dinero invertido. Por favor, no interprete que estoy en contra de las inversiones en este sector, más bien quiero ser realista y poner el tema en perspectiva. Como médico quiero darle a mi paciente lo último en avance tecnológico, independientemente de su costo. Esto está bien siempre y cuando los recursos sean privados y no pertenezcan a la sociedad en su conjunto, y siempre y cuando darle al paciente esos avances no represente un claro detrimento de muchos otros servicios al resto de los pacientes. Como planificador de los servicios de Salud, debo pensar si obtengo más valor o beneficio cubriendo un procedimiento de medicina altamente avanzado (que probablemente beneficie en el mejor de los casos a un solo paciente y a su entorno más cercano) o cubrir la vacunación gratuita contra influenza a un centenar o más de beneficiarios. Debemos invertir más en atención terciaria o en atención primaria, o en ambas, y en ¿qué proporción?, ¿cuánto es suficiente? Por supuesto que me gustaría invertir más en ambas. Como planificador en Salud, un gobierno debe asegurarme que se están priorizando intervenciones que mejoran la salud de la población, prolongando los años de vida libres de enfermedad, mejorando la calidad de vida, y retardando o eliminando muertes prematuras. Además, debe asegurarme que está reduciendo las desigualdades en Salud y protegiendo aquellos grupos vulnerables de la población, tales como niños, ancianos, embarazadas o discapacitados. Pero los recursos son siempre finitos y nuestros deseos parecen infinitos. Hay un

Espacio Contratado

***Juego de Shering Uruguaya y Editorial Santillana***

# Once cuentos en busca de autor

Es una manera lúdica y entretenida de acercarse a los mejores autores de la literatura nacional. Con la placentera lectura de once cuentos breves usted podrá demostrar su destreza como lector, tratando de deducir quién es el autor de cada relato. Los requisitos son ser socio del SMU y amante de los buenos libros. Con la compra de cualquier título de Santillana que realice en el local del SMU, recibirá una clave de 8 dígitos. Esta le dará acceso a una página de internet en la que aparecerán publicados los once cuentos que forman parte del juego. En estos, figurará el título pero no el nombre del autor, que es lo que usted deberá adivinar. En mayo de 2005 se publicarán los últimos tres cuentos y los participantes tendrán hasta el 31 de julio de 2005 para realizar sus apuestas definitivas. Cada compra que usted haya realizado o realice entre el 20 de diciembre de 2004 y el 31 de julio de 2005 significa la adjudicación de una nueva clave y, por lo tanto, una nueva chance de acertar. El juego tendrá diez ganadores, que serán quienes hayan obtenido el mayor número de aciertos. En la página de Schering Uruguaya (www.schering.com.uy), podrá encontrar diversas pistas de quiénes son los narradores que escribieron esos textos y más información sobre el juego.

SCHERING
making medicine work

conflicto entre lo que nos gustaría y lo que podemos. La manera de resolverlo es, nuevamente, aplicando métodos de evaluación sistemática, como lo es (aunque no el único) el análisis costo-efectividad. En suma, depende mucho dónde, cómo, cuándo, por qué y para qué se invierte. Una incorrecta inversión o prioridad puede no producir el efecto en Salud deseado.

**Durante su conferencia señaló que el PBI invertido en Salud no es un buen indicador de que se esté invirtiendo correctamente. ¿Por qué?**

Los países reportan gastos totales (de la sociedad en su conjunto) o presupuestales (para un gobierno central o departamental) en Salud o en cualquier otra actividad (como en Educación) en términos de PBI. Ahora bien, supongamos que un país A gasta 5% en Salud y un país B gasta 10%. ¿Significa esto que B gasta más o menos? En términos relativos B gasta más, pero quizá en términos absolutos B gasta muchísimo menos (por ejemplo, el PBI de A es de 20.000 pesos per cápita y el PBI de B es de 2.000 pesos). En términos absolutos, esta apreciación tampoco significa que B gasta en Salud cinco veces menos que A (A gasta 5% de 20.000 pesos, o sea 1.000 pesos per cápita, y B gasta 10% de 2.000 pesos, 200 per cápita). El costo de vida en B puede que sea mucho más bajo que en A, o sea que quizá con 200 pesos en B pueda comprar los mismos bienes y servicios que 1.000 pesos en A, en cuya situación, B estaría gastando lo mismo que A en Salud.

**¿Analizar el tema costo-efectividad es también algo positivo para el paciente, le trae beneficios o sólo es un tema de rentabilidad para las empresas médicas?**

La metodología de costo-beneficio, costo-utilidad, y costo-efectividad está muy relacionada. Todas ellas sirven para evaluar la relación entre el costo de una inversión-intervención y el valor obtenido a cambio. Este puede ser medido en unidades monetarias (supongamos la inversión por un grupo privado en una carretera con peaje, por una determinada inversión el grupo espera un determinado beneficio económico), o puede ser medido en diferentes unidades de efectividad como número de muertes prevenidas, número de casos resueltos, años de vida prolongados, calidad de vida mejorada. La aplicación de estos métodos no es exclusiva de empresas o gobiernos, sino de todos. Nosotros aplicamos esta metodología a diario cuando a cambio de una compra evaluamos el beneficio de la misma. Si tenemos sed, y decidimos comprar agua mineral, ¿se justifica comprar agua importada a un precio varias veces superior al agua de Minas, si el agua de Minas tiene al menos las mismas propiedades químicas y nivel de pureza que la primera? Parece fácil responder: aun si tuviera los recursos y ellos fueran propios (privados) no sería muy justificable comprar dicha agua mineral (y menos en forma reiterada), salvo que el valor (beneficio) marginal de esa agua supere el incremento marginal de su costo exorbitante. Pero si el dinero disponible para agua mineral no sólo es limitado, sino que además compite con otros usos, y principalmente (vale remarcarlo) no me es propio sino que representa las contribuciones solidarias de una masa social, entonces, comprar el agua mineral importada (insisto, luego de conocer y certificar que sus propiedades físico-químicas son similares) sería controvertido y difícil de justificar.

Similarmente, cuando se toman decisiones justificadas sobre dónde y cómo invertir recursos en Salud, estamos beneficiando no sólo a la empresa, sino a los propios pacientes.

Si las reglas son claras, no son arbitrarias, se fijan antes de conocer la situación de la salud individual de un beneficiario y afectan a todos por igual, sin excepciones, los resultados pueden ser tremendamente positivos para los usuarios del sistema de Salud. ■

## Uruguay finalizó presidencia de Confemel

El pasado mes de diciembre concluyó la Presidencia de Uruguay de la Confederación Médica Latinoamérica y del Caribe (CONFEMEL).

El cambio de autoridades tuvo lugar en la finalización de la Asamblea General Ordinaria de CONFEMEL celebrada en San José (Costa Rica) entre el 30 de noviembre y el 2 de diciembre de 2004.

Desde diciembre de 2003 la Presidencia y la Secretaría de Hacienda habían sido confiadas al Sindicato Médico del Uruguay, a través de los Dres. Hugo Rodríguez Almada y Silvya Durán, respectivamente.

Durante el ejercicio se concretaron importantes avances políticos y organizativos para CONFEMEL, lo que fue reconocido y saludado por los representantes de las distintas organizaciones médicas que concurrieron a la Asamblea, en la que Uruguay estuvo representado por los Dres. Gerardo Eguren (vicepresidente) y Alarico Rodríguez (secretario médico).

Bajo la Presidencia de Uruguay, CONFEMEL realizó una activa política de relaciones interinstitucionales, dentro de la que se destaca el diseño de un Plan de Trabajo de cuatro años de duración en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Esta organización intergubernamental aceptará en los próximos meses la incorporación de CONFEMEL con carácter de Miembro no Gubernamental, lo que posibilitará hacer sentir la voz de los médicos latinoamericanos y caribeños en el seno de la OPS/OMS.

También resulta significativo que, por primera vez, los principales dirigentes de la Asociación Médica Mundial siguieran los debates de la Asamblea de CONFEMEL.

En el plano interno, durante el período que culminó, CONFEMEL se fortaleció notoriamente con el decidido apoyo de los médicos de Brasil, expresado en la incorporación del fuerte Sindicato Médico de Rio Grande do Sul (SIMERS) y la reincorporación del Conselho Federal de Medicina, organización pública no gubernamental, colegial, que agrupa a los casi 290.000 médicos de ese país.

También se incorporaron activamente organizaciones médicas de otros países, como Ecuador y Nicaragua.

La Presidencia saliente impulsó que, a partir del ejercicio siguiente, la duración de los cargos del Comité Ejecutivo fuera de dos años, de modo de dotar de mayores posibilidades de acción a los dirigentes futuros. Uno de los avances más resaltados por los delegados de las organizaciones médicas de la región fue la obtención de la personería jurídica internacional, la existencia de una cuenta bancaria a nombre de CONFEMEL y el funcionamiento eficiente de la Sede Administrativa permanente de Montevideo dentro del local del Sindicato Médico del Uruguay, a cargo del Sr. Federico Penino. Asimismo, resulta destacable el portal institucional en Internet (www.confemel.com), cuyo diseño está a cargo del analista programador Alejandro Juan. La CONFEMEL fue fundada en 1997 y se declaró continuadora de la Confederación Médica Panamericana, con sede en La Habana, fundada en 1946, y que al comienzo de la década de 1970 discontinuara su actuación, fruto de la imposición de dictaduras militares y el avasallamiento de las libertades en el continente. ■