

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 moneta-

rias (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 Confemmel

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.confemmel.com](http://www.confemmel.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. ■