

Conferencia del Dr. Del Prete

Costo y efectividad en el sector salud

El Dr. Sergio Horis Del Prete dictó la conferencia "Costo y efectividad en el sector salud", en la cual desarrolló la aplicación de conceptos económicos en el área de la salud.

Del Prete es Doctor en Medicina, Master en Administración de servicios de Salud y Secretario de Salud y Medicina Social en la Municipalidad de La Plata.

por Fernando Beramendi

En su disertación brindó un marco teórico para analizar las políticas de reformas estatales aplicadas a la salud, la tercerización de determinados servicios como garantía de una mayor eficacia, el papel del Estado como regulador y la búsqueda de la calidad unida a la equidad social.

Al inicio de su amena charla, matizada con abundantes ejemplos vinculados al humor de Quino y las visiones que la sociedad tiene sobre los médicos, Del Prete apuntó que "todavía no se ha roto la barrera entre la visión sanitaria y la económica, pero hemos llegado a algunas coincidencias. Es impensable que ambas áreas vivan separadas y debe darse una complementación incipiente en la economía de la salud o en la salud para una economía".

El disertante dijo que las demandas en el sector salud son cada vez mayores y que sin embargo los recursos son menores. "Por esa razón es necesaria la eficacia social. Se trata de disminuir el costo sin bajar la calidad. Esto es difícil dado que el mismo nacimiento del sistema de salud en Argentina está dividido en el sector social, público y en el particular, asalariado. El primero, con un agudo proceso de desfinanciación que provoca una gran inequidad."

En la segunda parte de su conferencia Del Prete se refirió a la experiencia del desarrollo e implementación de un modelo de mix público-privado llevado a cabo bajo el análisis de costo-efectividad para el gerenciamiento de extensión de cobertura de emergencias a nivel de salud pública municipal.

Del Prete analizó que los médicos tienen la tendencia a "medicalizar todo,

y a tomar decisiones, mientras los economistas se preguntan: ¿cuánto cuesta esa decisión? Es necesario un equilibrio entre el médico y el economista. Y en el medio está el paciente que debería tener mayores posibilidades de soberanía".

"En Argentina", señaló, "8 % del PBI está dedicado al sector salud. Esto significa una cifra que ronda los 8 mil millones de dólares. Sin embargo, esa cifra no ha permitido bajar la tasa de mortalidad infantil, por lo que podemos deducir que el gasto no ha devenido en mejor salud. Y esto nos coloca en la puerta del gran tema: la necesidad de una economía para la salud, para responder adecuadamente por qué y para qué son estas inversiones. O sea que contamos con recursos escasos -cada vez hay menor capacidad de pago en la gente y en el Estado- y tenemos que elegir, en la difícil situación de América Latina, y obtener resultados concretos".

Del Prete aseveró que "la situación de desocupación en Argentina (18 %), el descenso del número de asalariados, el crecimiento del sector informal, la mayor cantidad de contratos de trabajo sin seguro de salud y la escasez de recursos siempre contrapuesta a las crecientes necesidades provoca un agudo afinamiento en el destino de los recursos financieros para la salud".

"Está comprobado que la tecnología no sustituye los recursos humanos, sino que los implica en mayor medida y esto provoca muchas veces rigideces en la resolución. A nuestros países llega la tecnología antes de ser probada en los lugares centrales. Y allí los médicos somos decisores económicos y generamos costos al sistema. Por eso es necesaria la comprensión del factor econó-

mico", agregó Del Prete.

"Cualquier reforma en el sistema de salud implica romper estructuras, transformarlas para conseguir los resultados macros de la eficacia. Pero hay que tener en cuenta que todo esto afecta a los beneficiarios del sistema. Por eso no hay reforma posible sin consenso y sin saber cómo se recompone todo el sistema", subrayó, "por lo cual es muy importante el monitoreo de procesos y la evaluación de resultados".

En su exposición Del Prete tipificó las etapas de monitoreo y de evaluación de resultados de la siguiente manera:

- En la **etapa 1** el monitoreo de un plan contempla el progreso de su aplicación y los efectos, así como los procesos que se suceden hasta la obtención de nuevos productos.

- En la **etapa 2** se miden los objetivos del proceso por medio del impacto obtenido, y en la **etapa 3** se evalúa la obtención de los productos a partir del proceso (evaluación interna) y el efecto que se expresa en el impacto (evaluación externa).

O sea que enmarcado en un único desarrollo podemos decir que en la evaluación interna analizó los **inputs** hasta los **outputs** intermedios y en la externa de éstos hacia los **outputs** finales.

Asimismo agregó: "En la puesta en marcha de un plan de atención primaria el proceso debe conducir a un aumento del número de consultas o de beneficios para el paciente. Entre los efectos evaluaremos si el plan logra revitalizar el centro de salud, que la gente utilice más ese sistema de salud, y el impacto estaría en la medición de los resultados". Y esto, según Del Prete, en general no se lleva a cabo en el área salud.

"Es precisamente en la relación de la evaluación interna del proceso al producto donde la relación costo-efectividad adquiere gran significación. Mientras que la evaluación externa permite ver, a partir de la medición, la corrección del proceso."

"El sector público, en tanto decisor político a nivel de la municipalidad, de la provincia o el país, establece la necesidad de desarrollar un programa. Para esto debe saber que lo que se va a hacer

le costará una cantidad determinada que impedirá impulsar otros programas. Es allí donde aparece el concepto de **costo de oportunidad** de cada programa. Es necesario advertir que las decisiones se toman en perjuicio de otras. El objetivo debe ser que exista un nivel básico de salud para todos, que debe considerarse desde un punto de vista **bioético**.

Es estrictamente necesario estimar que cualquier toma de decisión implica una **evaluación económica**.

«El objetivo de la evaluación es proveer información en el proceso de toma de decisión. Las características de dicha evaluación contemplan: a) La comparación explícita entre dos o más alternativas. b) Considerar costos y resultados del objetivo evaluado. c) condición de prospectividad de los estudios. d) Comparar con los estudios de una cuasi evaluación. e) Diferenciación de los procesos de cuasi evaluación con carácter retrospectivo.

“En la toma de decisiones debe considerarse la forma de elegir entre las opciones. Esto puede darse, según Drummond:

- * Identificando alternativas relevantes.
- * Estableciendo supuestos realistas.
- * Determinando objetivamente el punto de vista crítico decisor.”

Para comparar opciones los resultados deben ser medidos en las siguientes unidades:

- Años de vida perdidos (AVP).
- Años de vida ganados en calidad (QUALYS-DALYS).
- Vidas salvadas.
- Años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).
- Años de calidad de vida ajustados (ACVA).
- Años de vida saludable perdidos (AVISA).

En cuanto a los costos, Del Prete puntualizó las siguientes variables: costos fijos, variables y semivARIABLES: “El costo económico lo definimos como el sacrificio para la obtención de un bien o servicio y constituye la elección de una alternativa para utilizar los recursos. El **costo de oportunidad** serán las erogaciones y beneficios que se pierden al dejarse de lado otras opciones de utilización de recursos”.

Las etapas del **análisis de**

costo-efectividad que desarrolló Del Prete son las siguientes:

- * Definición del problema y objetivos.
- * Identificación de alternativas.
- * Identificación de cálculo de costos.
- * Identificación y cálculo de efectividad.
- * Análisis de efectividad y cálculo del coeficiente *c/e*.
- * Análisis de sensibilidad.

Las ventajas de este análisis serán:

- La naturaleza del problema de decisión y el análisis de alternativas disponibles.
- Juicios explícitos y consistentes.
- Requerimiento de informaciones claras.
- Necesidad para un criterio de decisión que contemple la **equidad**.

Luego Del Prete explicó ampliamente cómo el **análisis costo-efectividad** se desarrolla sobre el denominado «árbol de decisiones», que a través de las «reglas de decisión» en opciones mutuamente excluyentes relaciona la cantidad que el decisor está dispuesto a gastar por la unidad de resultado estableciendo el valor crítico (1/g) de un paciente.

La experiencia en la municipalidad de La Plata

En relación con la experiencia de tercerización de los servicios de emer-

gencia móvil puestos en práctica bajo su dirección en La Plata, Del Prete afirmó: “En el modelo propuesto, la alternativa de financiación pública con provisión privada se diseñó para la prestación de servicios de salud en el propio ámbito municipal, que promoviera la cobertura de emergencias médicas críticas, urgencia y traslados desde los centros de salud hasta los efectores hospitalarios, como herramienta para brindar extensión de cobertura asistencial a la población de escasos recursos”.

“Como pasos del diseño se efectuaron la caracterización del contexto o entorno social, la tipificación o *target* de la demanda y su segmentación y la caracterización de la oferta hacia un modelo adecuado para satisfacer la necesidad concreta (cobertura de emergencias con claridad, eficiencia y productividad).

“Un estudio de mercado, caracterizando la demanda de emergencias, urgencias y consultas domiciliarias sobre el sector privado, comprendiendo casco urbano y zona Norte de la ciudad de La Plata, efectuado en 1992 y sobre 40% de la población con capacidad de contratación con empresas privadas de emergencias, dio como resultado un número promedio de 240 prestaciones diarias, que sumadas a las urgencias requeridas al sector público hospitala-



Ec. Luis Lazarov, Dres. Jorge Lorenzo, Mónica Rigby, Marisa Buglioli, Ma. del Carmen Tasende, Milton Carro, Sergio Del Prete, Lilián Guemberena, Félix González y Sra. Raquel Ferri

rio, con un promedio de 60/día, resulta en una media de utilización/día de entre 280 y 300 prestaciones, con una media/mes de cerca de 9 mil”.

“Tomado este dato como testigo, se consideró que para cubrir el *target* aplicando un coeficiente promedio de uso de 2,5-3 urgencias no críticas, emergencias críticas y traslados programados en relación con valor promedio de 5,8 de cada 100 en efectores públicos que requieren hospitalización y derivación y considerando para 35 mil consultas/mes un promedio de 1.930 consultas con internación, **el número estimado de emergencias y urgencias/mes que debía cubrir el sistema municipal resultaba en un rango de 480-570 (promedio 500/mes)**. Se definió el presente estudio como el logro de un objetivo determinado (cobertura de n-prestaciones con el mínimo gasto de recursos.”

“Para el estudio del costeo se tuvo en cuenta la factibilidad de implementar un servicio propio contra el estudio de alternativas de concesión o tercerización de la cobertura, sin delegar el control operativo y regulación del sistema por parte del estado municipal. La condición básica es comparar alternativas similares en su estructura funcional pero diferentes en su modelo de implementación y financiamiento, teniendo en cuenta que el máximo que se pagaría antes de renunciar al proyecto permitía solamente una erogación de 600 mil dólares anuales sin afectar concomitantemente otros planes y programas sanitarios (**Costo de oportunidad del proyecto**)”.

“El costo-efectividad surgió así de comparar dos alternativas diferentes: propia (M), a riesgo estatal y concesionada (T), a riesgo del prestador y sobre la base que el **costo de oportunidad** definido como **Co** queda considerado como la máxima disposición que hay que pagar sin afectar otros programas resultando de un tope de \$80-prestación.”

“Ambos servicios comprendieron costos a idéntico funcionamiento y capacidad operativa. Una vez implementado, cuando se analizan los productos implementados y su comportamiento en el mercado, se observa que hay un momento en que la gente no conoce o no aprecia el nuevo producto, luego lo va utilizando y, si funciona bien, se generaliza su uso. Este ciclo de producto se llama, de acuerdo con sus fases, de **introducción, crecimiento y madurez**.

No siempre se produce en servicios de salud lo que existe en otros campos como caída del producto.”

“La experiencia de concesión o tercerización de un servicio público de provisión de atención médica al ámbito privado bajo supervisión pública que comenzó a funcionar en el ámbito de la municipalidad de La Plata en junio de 1992 y mantiene su operatividad hasta la fecha, no registra aún demasiados antecedentes en el campo de la reforma de los sistemas públicos de salud. Como innovación gerencial, de financiamiento y regulación pública y provisión privada, ha sido un importante avance demostrar la posibilidad de un mix público privado

en la búsqueda de extensión de cobertura, calidad prestacional y equidad social de los servicios que se prestan a quienes usualmente demandan atención en el sector público sanitario.”

“Se puede resumir que en un complemento público-privado bajo gestión y financiación pública y provisión privada, la combinación entre el análisis de mercado, la segmentación, el estudio de costo-efectividad y de las propias necesidades del Estado de proveer un buen producto resulta de utilidad, al tiempo que debe procurarse obtener paralelamente un adecuado producto en términos de calidad y equidad”, concluyó Del Prete. ■

MALDE

FLOXET®



EL ANTIDEPRESIVO DE

MAXIMA EFICACIA Y SEGURIDAD

Presentaciones: Estuches de 20 y **30** comprimidos

GAUTIER