

## **Conferencia Interamericana de Seguridad Social**



**Centro Interamericano de  
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

REVISTA CIESS

PUBLICACIÓN DEL  
CENTRO INTERAMERICANO DE  
ESTUDIOS DE SEGURIDAD SOCIAL

EDICIÓN  
BILINGÜE  
BILINGUAL EDITION

PRIMERA ÉPOCA

DICIEMBRE

2003

NÚMERO

6



R E V I S T A

CIESS

Revista  
**CIESS**

**6**

DICIEMBRE  
2003

PUBLICACIÓN SEMESTRAL



**CENTRO  
INTERAMERICANO  
DE ESTUDIOS DE  
SEGURIDAD  
SOCIAL**

Órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social

# LA PRÁCTICA MÉDICA EN EL CONTEXTO DE LA ECONOMÍA SANITARIA. FALSAS PREMISAS Y VERDADEROS PROBLEMAS

*Dr. Sergio Horis Del Prete\**

## Introducción

En los últimos 30 años, la ciencia médica ha mostrado un significativo desarrollo mediado por la acelerada innovación tecnológica, condición que trajo aparejada a su vez profundos cambios en los esquemas habituales de diagnóstico y tratamiento, así como un incremento significativo en el costo de la atención médica. Tanto en la introducción de nuevas prácticas, fármacos y equipos sofisticados, es el médico quien finalmente asigna más del 80% de los recursos del sector salud en millares de

---

\* Argentino. Doctor en Medicina. Magister en Administración de Servicios de Salud. Secretario de Salud y Medicina Social, de la Municipalidad de La Plata. Subdirector Académico de la Maestría en Economía de la Salud y Gestión de Organizaciones de Salud, Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

decisiones diagnósticas y terapéuticas tomadas diariamente en condiciones de incertidumbre.

Dentro de las cuestiones estratégicas que hacen a las reformas de los sistemas de salud en sus tres niveles —macro, meso y micro— el peso de los profesionales frente al proceso de producción sanitaria se torna crucial, tanto en la utilización adecuada de los escasos recursos financieros disponibles, como en los incentivos para lograrlo.

No hay duda que lo esencial del proceso de gestión sanitaria subyace puntualmente en la práctica profesional, y adquiere la trascendencia de un **punto estratégico de cambio y de necesario consenso** entre financiadores, aseguradores, médicos y políticos. No hay otra figura del sistema de salud que al mismo tiempo gestione, coordine y motive a otras personas del propio servicio o de servicios centrales y de apoyo, a través de su natural y permanente *toma de decisiones* orientada a maximizar el beneficio del paciente. De allí que, como insumo central del proceso de producción de servicios de salud, su involucramiento en la reforma es un aspecto central para el cambio del modelo asistencial (Ortun, 1996).

Teniendo en cuenta el resultado obtenido con cada unidad monetaria invertida en salud, atendiendo al gasto en atención médica de la enfermedad y la magnitud del complejo médico-tecnológico en que ésta se desenvuelve, la Economía Sanitaria debe centrarse también en los aspectos que vinculan la clínica con lo macroeconómico. De allí que su objetivo fundamental sea que el médico logre incorporar a su actividad una cuestión central: lograr la máxima utilidad en sus

resultados en el **tiempo justo** (el momento que el paciente lo requiere y no cuando él puede como proveedor de servicios asistenciales), con los **recursos adecuados** (aquellos que poseen una óptima relación costo/efectiva demostrada) y con la **calidad necesaria** (entendida como el mejor resultado clínico en función de la demanda inicial).

Conceptualmente, sin una medicina efectiva no puede haber servicios sanitarios eficientes (Ortun, 1996). Por tal motivo, un proceso de reforma centrado en la *gestión clínica* requiere así dos componentes; un **actor** (el médico como decisor) y un **instrumento** (un sistema de información adecuado) que permita evaluar sistemáticamente proceso/resultado/costos; o lo que es más preciso, relacionar *eficiencia con efectividad*. Uno de los principales problemas del sistema de salud —luego de la inequidad— es la asimetría entre el crecimiento progresivo de los costos y los resultados esperados en términos de salud colectiva (costo/efectividad) o de satisfacción de las personas (costo/calidad). Y que el gasto sanitario, en su mayor proporción, es resultado directo de los actos médicos, y por ende de la *Gestión Clínica*.

Ahora bien, existen dos problemas centrales en este nudo crítico de gestión dentro de la dinámica sanitaria. El primero se basa en tres elementos clave de la práctica médica: *incertidumbre, ausencia de patrones confiables de comparación de alternativas y resultados y abuso de la "experiencia"* en la misma. El segundo remite a una elevada *variabilidad* del resultado final como consecuencia de las diferentes decisiones clínicas, a su vez función del primer problema. En este caso, no puede pretenderse equivocadamente uniformidad de criterios sobre la

base excluyente de análisis costo/efectivos, sino aplicar éstos para orientar la gestión clínica conociendo la efectividad de resultados y la eficiencia técnica adecuada en la combinación de recursos para lograrlos.

Por tales razones, se requiere un contexto de gestión que permita establecer comparaciones tanto por parte del financiador (el seguro) como por parte del gestor del proceso (el médico), ajustando con ello la propia dinámica natural de la relación de agencia incompleta.

• ***Falsas premisas entre la práctica médica y la economía sanitaria. La sombra de la limitación de prestaciones.***

La economía sanitaria es la ciencia que se ocupa de las consecuencias de la escasez de recursos en la atención de la salud (Jacobs, 1991). Frente a esa definición, forzosamente entra en colisión con la forma clínica de ver y pensar a la salud de las personas, que se concentra en las necesidades de cada paciente sin pensar en la magnitud del consumo de recursos o en el costo de oportunidad que ello tiene respecto de su uso alternativo en otros pacientes. Tal vez el conflicto mayor que se plantea entre la economía sanitaria y el ejercicio de la medicina —no solo en el sistema público sino también frente a terceros pagadores de seguros cuasi-públicos— surge de la contradicción entre el concepto sanitario tradicional que "la salud no tiene precio" y el reconocimiento que frente a los costos médicos en alza, existe una necesidad económica de contener gastos en razón de los escasos recursos disponibles.

La confrontación entre la brecha conceptual y metodológica entre ambas visiones —clínica y económica— termina cerrándose en la necesidad de delimitar el paquete prestacional, especialmente en cuanto al número de prácticas que pueden o no llegar a financiarse con los recursos disponibles, situación inaceptable si ello equivale a caer en inequidades barreras de acceso. Es real que hay prestaciones que no son necesarias dado su alto costo y baja efectividad, y que en oportunidades suelen ser tanto innecesarias como indeseables. Pero poder definir cómo se obtiene el máximo beneficio con cada peso que se gasta en salud, como necesidad individual o colectiva, es un reto difícil de alcanzar, ya que la oportunidad se contamina con actitudes complacientes tanto de los profesionales como de la propia sociedad, como el "todo para todos", situación utópica si se contrasta con la realidad de los recursos limitados. Precisamente, resulta paradójica esta actitud en una sociedad carente de una cultura ciudadana racional como contribuyente.

A su vez, la justificación de poner límites al "todo para todos" choca con la insuficiencia de patrones para explicar, y más aún predecir, la relación entre un factor causal con determinado efecto (morbilidad) y la carencia de información confiable para apoyar una norma o procedimiento que combine eficiencia con efectividad. Por otra parte, la evidencia científica también se relaciona con la medicina y su concepto clásico de arte y ciencia a la hora de establecer la toma de decisiones en salud.

De allí que la economía sanitaria caiga en su vínculo científico con la práctica médica en una "caja negra" que contribuye

a establecer falsas premisas en torno a su armonización. Si, desde la economía sanitaria, la salud es una actividad de perfil cuasi “industrial” asimilable a una actividad económica sujeta a transacciones (Levin, 1986), más allá que la característica que asume la medicina dentro de esta concepción —como práctica artesanal mezcla de ciencia y arte— termina siendo no asumible a dicho concepto reduccionista y economicista. No obstante, esto no quita que la práctica médica sea una “industria” particular y un servicio que supera tal categoría, dada la condición del mercado en que se desenvuelve, sus marcadas imperfecciones y el nivel de complejidad tecnológica adquirido.

• **Verdaderos problemas entre la economía sanitaria y la actividad profesional.**

Si la atención de la salud, considerada en todos sus aspectos, resulta ineficiente en término de costos, e inefectiva en término de resultados, sea por errores médicos o no médicos en la gestión sanitaria, será imposible lograr estándares adecuados, no solo económicos sino científicos y bioéticos. Al mismo tiempo, no plantear opciones para establecer una toma de decisiones responsable, e incorporar juicios de valor con gran dispersión de ideas implica, en un entorno social complejo donde aumenta la presión respecto de proveer servicios sin pensar en el consumo de recursos o en el uso alternativo de los mismos para otros pacientes, una actitud costo-inconsciente (Insúa, 1999).

El reconocer o no unas prestaciones ampliamente extendidas (ecografía mensual en embarazadas) o presionar sobre determinadas ofertas de farmacoterapia con

utilidad terapéutica baja sin la suficiente evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas o manifiestamente superadas por otras alternativas disponibles, consume recursos necesarios para otras prestaciones, y dado su costo de oportunidad impide garantizar mínima equidad en el conjunto.

Por otra parte, en ciertos casos y para muchas prestaciones, no está suficientemente probada su contribución eficaz a la prevención, tratamiento o curación de las enfermedades que suponen resolver, así como tampoco en la conservación o mejora de la esperanza de vida, de su calidad y de la eliminación o disminución del dolor y sufrimiento. De allí que sea racional plantear, desde la economía sanitaria, una selección costo-efectiva o costo-útil del menú prestacional, bajo criterios de necesidad y de utilidad asistencial y social, previa la evaluación de las tecnologías. Pero esto también se convierte en una falsa premisa para el médico, que sigue creyendo en la necesidad de ejercer una medicina individualista, defensiva y de responsabilidad personal intransferible, con libertad absoluta para la prescripción. Es cierto que como agente relacionado con la demanda del paciente, sobre él recae la libertad de elegir lo mejor para este último, pero tal elección no puede dejar de ejercerse desde el rigor científico y desde la efectividad; es decir, desde la evidencia.

Regular la variabilidad del proceso de atención médica tanto en la asignación de recursos como en el logro de resultados más efectivos, implica avanzar sobre un componente central (el médico) que, a partir de su conocimiento y experiencia, se transforma en el nudo crítico del proceso sanitario. Cualquier regulación parte de la posibilidad efectiva de

definir parámetros adecuados de combinación de recursos y nivel de efectividad de resultados, así como costos de tales intervenciones.

En ese contexto, hay tres condiciones de variabilidad que deben ser preestablecidas:

- Su *amplitud*, que no resulta solo función de la biología de cada individuo o del genio epidemiológico de la enfermedad, sino de cómo el médico gestiona la incertidumbre respecto de la evolución de la propia enfermedad a partir del proceso de atención. Más aún cuando no se fundamenta en la evidencia o la propia comparación de efectos/resultados.
- Su *causa*, vinculada al diferente grado de uso o aplicación de técnicas y procedimientos diagnóstico/terapéuticos a partir del empirismo o “experiencia”, y
- Su *consecuencia*, a partir de la presencia de pacientes individuales o en grupos con enfermedades similares, procesos de atención médica similares y fuertes asimetrías en el costo / calidad de los resultados, a su vez función de la calidad de la evidencia en que se basan, del grado en que los médicos se interrelacionan para su elaboración y cómo establecen dentro de la relación de agencia médico-paciente la información adecuada respecto de la mejor decisión clínica.

Aplicar regulaciones en la microgestión para reducir la variabilidad del proceso de atención sin duda afectará frontalmente al ejercicio de la medicina. Cuando el profesional aplica diariamente la ciencia médica en un contexto eco-

nómico y social, donde la tecnología no cesa en su avance innovador, el clásico modelo de gestión sanitaria se va modificando radicalmente y los recursos económicos se hacen escasos frente a la expansión del gasto en atención médica; se encuentra progresivamente inmerso en la necesidad de tomar decisiones respecto de cómo ordenar su oferta de servicios y establecer una base racional y ética a los desvíos del esquema prestacional. Sin duda, deberá transformarse desde ser un simple proveedor de servicios a combinar eficientemente conocimientos de gestión en la asignación de recursos y logro de resultados en términos de eficacia, lo que en un tiempo cercano le exigirá tener formación básica en economía sanitaria, específicamente en metodologías de evaluación económica orientadas a *innovaciones tecnológicas* en salud.

#### • **Conclusión. De las falsas premisas al verdadero problema**

Desde esta nueva visión de la práctica médica vinculada a la economía sanitaria, tanto las actividades preventivas de salud como las prestaciones asistenciales debieran proveerse a partir de su efectividad; es decir, que permitan alcanzar resultados objetivamente medibles en salud, teniendo en cuenta al mismo tiempo los costos que ellas generan y los recursos disponibles. Por ende, entre las alternativas terapéuticas posibles, corresponderá priorizar aquellas más costo-efectivas. Este planteo de vincular práctica-gestión del costo / efectivo en la atención médica será, sin duda, nudo central de la educación médica en las próximas décadas, y su gradual desarrollo implicará cambiar radicalmente los criterios de eficacia y eficiencia sesgadamente impuesto desde la visión



técnicamente estrecha de algunas líneas de pensamiento de la economía sanitaria más asociada al criterio positivo que al normativo.

De esta forma, la eficiencia económica aplicada al campo sanitario desde el simple esquema técnico de la producción “cuasi-industrial” deja de ser el elemento objetivo central a lograr, en cierta forma inalcanzable dada la ya comentada variabilidad que posee la propia actividad de los profesionales, así como los diferentes patrones de riesgo e incertidumbre terapéutica que posee cada paciente. Lo que adquiere trascendencia real es la combinación entre costos y efectividad en cualquier ámbito de la práctica médica, posible de cuantificar o calificar desde la evaluación de los resultados finales del sistema sanitario y del gasto correspondiente. A partir de este concepto, los ciertamente escasos recursos económicos disponibles en los sistemas de salud de América Latina podrían llegar a gestionarse en forma más eficiente a través de los propios médicos, en función de tal efectividad de resultados, condición que a su vez requiere disponer de la información suficiente y oportuna no sólo en términos de calidad técnica de la atención médica, sino con relación a los propios objetivos del sistema de salud.

La posibilidad de incorporar efectivamente esta modalidad de gestión desde la práctica asistencial dista de ser alcanzable en el corto plazo, especialmente en el actual contexto sanitario. Más aún, frente a los problemas que afronta el sector en cuanto a la disponibilidad real de fondos, su aplicación presupuestaria y asignación final de recursos. El problema central no reside solo en el “qué” hacer, sino en el “cómo” medir el producto sanitario, al carecer hoy el sistema de indicadores

que establezcan parámetros cuali-cuantitativos de actividad de los servicios. Básicamente, porque los servicios de salud miden actividades de proceso (resultados intermedios u *outputs* intermedios) en lugar de resultados finales (*outcome*).

En general, las medidas de resultados finales en salud se fundamentan en parámetros no estrechamente vinculados a la producción de los servicios médico-asistenciales, sino a la suma de otras variables, tanto económicas como sociales. Por lo general, el impacto directo sobre la mortalidad infantil, la expectativa de vida o la mortalidad precoz del gasto en atención médica es bajo. Es precisamente en la atención médica, en cuyas múltiples funciones de producción se consume una significativa cantidad de recursos, donde escasean los parámetros de medición de efectividad concretos (resultados finales en términos de morbi-mortalidad y calidad de vida). De allí la necesidad que la economía sanitaria se vincule con la práctica profesional para definir, desde los costos y los resultados, aquellas actividades potencialmente efectivas y, al mismo tiempo, reducir todo componente prestacional que no tenga justificación en función de sus escasos resultados, aunque sea *demanda inducida* no solo inconscientemente desde el hábito consumista de la población sino concientemente desde el uso indebido de servicios promovido por los propios profesionales.

Si la oferta de servicios de atención médica tiene la posibilidad de generar su propia demanda (Ley de Say sanitaria), y a su vez se encargan de proveer las prestaciones para resolver los problemas derivados de la enfermedad, el “libre albedrío” en su actividad lleva a un descontrol ilimitado del gasto. Desde el esquema de

la economía sanitaria, que representa al médico como un agente en relación con dos principales (el paciente que traslada su demanda de *resolución del problema* por un lado y los servicios de salud que trasladan su demanda *de producción* por otro), se considera que éste no puede actuar eficazmente sin incorporarle a sus actos responsabilidad económica. Tal condición lleva a la necesidad de disponer de ciertas normas de práctica concertadas que reduzcan la variabilidad de la actividad profesional, y al mismo tiempo permitan defender su criterio frente a la presión de la demanda (uno de sus principales en la relación de agencia). Simultáneamente, minimizar la inducción de actividades asistenciales a partir de la indicación de prácticas diagnósticas y terapéuticas que sirvan a los intereses de su otro principal, la oferta tecno-industrial sanitaria, y que no se demuestren verdaderamente costo/efectivas.

Es necesario insistir en la definición de la economía sanitaria, configurada como una disciplina que integra conceptos, teorías y modelos económicos y médicos para abordar en el estudio de la producción, distribución y consumo de los servicios de atención médica. En este contexto, requiere adecuar el uso de recursos a la constante redefinición de las necesidades de salud con una visión económica diferente a la de las disciplinas clásicas de la salud pública. Su rol es aportar al campo de la salud un cuerpo teórico y metodológico para apoyar en la toma de decisiones, en la asignación y uso de los recursos, y especialmente para profundizar las evaluaciones económicas respecto de nuevas y no tan nuevas tecnologías y procedimientos en el sector de servicios de salud. Para ello, dispone de instrumentos como la medición del costo/efectividad y su versión más sofisticada, el costo/uti-

lidad. También debe y puede priorizar la incorporación de contenidos o aspectos de equidad a tales evaluaciones, que permitan superar el concepto reduccionista de la eficiencia económica, ya que ésta se reduce al aspecto tecnicista del rendimiento, según la función de producción que resulta del vínculo con la demanda.

En este esquema, no sólo resulta útil aplicar el costo / efectividad a los servicios de atención médica para reducir la variabilidad generada por la autonomía profesional, sino incorporarla a aquellas decisiones que, desde la política sanitaria, procuran reducir morbilidad o mortalidad a partir de la prevención. Un programa preventivo, si bien no evita la presencia de enfermedad, toda vez que cuando se la detecta ya está instalada y no puede predecirse, permite alcanzar como objetivo su detección precoz y control adecuado en individuos clínicamente asintomáticos.

Por ejemplo, la planificación de un programa de detección de hipertensión arterial puede incorporar enfoques desde la concepción de la economía sanitaria. Su fin último reside en poder reducir la mortalidad prematura derivada de las complicaciones de la HTA y lograr extender la supervivencia en términos de años de vida útiles libres de incapacidad (concepto básico del costo/utilidad).

En base a esta conceptualización, el programa logrará eficiencia (concepto económico) con el más bajo costo posible si logra evitar una muerte o bien aumentar el número de años de vida sin discapacidad (concepto sanitario), o sea ser costo / efectivo o costo/útil. Precisamente, si bien el programa no reducirá la morbilidad ni variará la tasa de incidencia de la enfermedad, de ser eficiente

en su gestión y efectivo en sus resultados, conseguirá reducir el número de muertes por accidente cerebro vascular o infarto agudo de miocardio, o bien atenuar o reducir las secuelas de discapacidad que ambos determinan.

Si bien, cada vez son más frecuentes los controles cardiológicos para HTA en mayores de 50 años que incorporan pruebas sofisticadas, como Gamma-Cámara con PET o Eco-stress con fármacos, el seguimiento programado del paciente hipertenso por consultorio externo en base a normas de procedimiento diagnóstico-terapéutico, permite hacer eficiente la prestación en sus resultados intermedios (*output*) con menos desvío de costos y gastos, y lograr efectos en cuanto a resultados finales (mejor calidad de vida y menos complicaciones). En este caso, la asociación entre la economía sanitaria y la práctica profesional para la protocolización de detección y seguimiento del paciente hipertenso y su control mediante un tratamiento precoz y costo/efectivo, permite garantizar las prestaciones y a su vez reducir el costo de oportunidad de asignar los siempre escasos recursos disponibles a prácticas sofisticadas y de alto costo, pero de baja efectividad diagnóstica, cuando éstas no se justifican.

La necesidad de financiar actividades a futuro no podrá centrarse solo en simples criterios de uso por parte de quienes requieran atención médica (eficiencia en función de la demanda), sino en función de los efectos sobre la salud de las personas que determinados procedimientos hayan demostrado (efectividad sobre la demanda). La economía sanitaria puede así, desde uno de sus instrumentos centrales como la evaluación costo/efectiva de las intervenciones en el campo sani-

tario, prestar la utilidad necesaria tanto a la propia medicina como a la salud pública, mas allá que estén basadas en la evidencia.

Finalmente, un párrafo en relación a la trascendencia de la bioética y la significación de lo social en la definición económica de “qué y cuánto a quienes”. La aplicación indiscriminada de intervenciones basadas simplemente en la innovación tecnológica, y más allá de la evidencia científica, colisiona con el derecho de la persona humana y su propio organismo. Se ha comenzado a delimitar necesariamente una frontera entre las técnicas aplicadas —o aplicables a futuro— en función de nuevas tecnologías de intervención, con mayores exigencias económicas y sociales no solo de eficacia sino de seguridad.

Dejar afuera de la decisión a las personas afectadas en la decisión de las intervenciones, o a la propia sociedad en la definición del “qué y cuánto” en base a la probabilidad de éxito y de la incertidumbre del resultado, obliga a pensar la economía sanitaria también desde lo bioético. Un comportamiento ético profesional, sujeto exclusivamente a definiciones económicas de tipo eficientistas, puede entrar en colisión con el comportamiento social que demanda al profesional intervenciones incluidas en un abanico de temas que van, desde los límites genéticos a la procreación asistida, hasta la aceptación de la irreversibilidad de una enfermedad frente al costo de sostener artificialmente la vida. Es allí donde debe incorporarse la concepción bioética en la asignación de los recursos, cuando se enfrentan los principios de la economía sanitaria —en función de la eficiencia y la efectividad— por un lado con la propia ciencia médica poseedora de una

capacidad de intervención, a veces ilimitada, y por otro, con una sociedad cada vez más exigente en términos de proveer atención médica sin límites razonablemente adecuados, ni diferencias entre el beneficio individual y social.

## Bibliografía

- 1.- Sevilla Pérez, F. Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud. Rev. Administración Sanitaria. Vol. IV No.13. Enero/marzo 2000.
- 2.- Del Prete, S. Gestión clínica y ecuación costo/calidad. Una propuesta para la reforma de la Reforma Sanitaria. Rev. Medicina y Sociedad. Vol. 4 No 1. Enero/marzo 2001.
- 3.- Rovira, J. Evaluación económica, establecimiento de prioridades y racionamiento del gasto en sanidad. JAMA Vol. 267; 9-17.
- 4.- Arredondo, A. Niveles de aplicación de la economía de la salud. Revisión y análisis. Gerencia y economía de los servicios de salud. CIESS Tomo I. 165: 180.
- 5.- Hernández, P. Arredondo, A, & col. Avances y retos de la economía de la salud. Rev. Salud Pública. Brasil. Vol. 29 No 4; 1995.
- 6.- Arruñada, B. Gestión empresarial de la sanidad pública. Demanda y limitaciones. XIII Jornadas de Economía de la Salud de AES. España; 161:193; Editorial MAPFRE. 1996.
- 7.- Del Prete, S. La economía de la salud en la evaluación de la tecnología sanitaria. Revista CIESALUD. Año 2; No 4; Julio / agosto 2001.
- 8.- Rodríguez del Pozo, P. Micro distribución asistencial: ética y asignación de recursos escasos. Rev. Gestión en salud. Año 1. No 1; 30:40. Julio 2001.
- 9.- Insúa, J. Evidencia, economía clínica y resultados de la atención médica. Rev. Salud para Todos. Año 7, No 72 ; 6: 10. Julio 1999.