

## **ESTUDIOS GERENCIALES**

No. 73	Octubre - Diciembre 1999
--------	--------------------------

ESTUDIOS GERENCIALES	Cali Colombia	P.P. 96	ISSN 0123-5923
-------------------------	------------------	------------	-------------------

## **SECCION: EL CASO DEL TRIMESTRE**

En cada una de las entregas de la revista incluimos un caso seleccionado de los mejores presentados por los estudiantes de postgrado de la Universidad Icesi en el trimestre anterior. Incluimos además comentarios acerca del caso, presentados por profesores.

La base de datos «Casos Facultad de Administración, Universidad Icesi», está disponible a profesores de las facultades de administración del país y el exterior.

Son de nuestro interés los comentarios sobre el uso que hagan de este caso.

El Editor



# DE CÓMO EL GERENTE DE SALUD APRENDE Y APLICA LOS CONCEPTOS BÁSICOS DE ECONOMÍA EN SALUD (CASO DE ESTUDIO)\*

JORGE ALBERTO VÉLEZ B.

*Especialización en Gestión de Salud. Universidad ICESI*

Funes se paseaba de un lado a otro de su oficina con los documentos relacionados con las propuestas de las nuevas modalidades de intervenciones en salud que había recibido una semana antes de los proveedores CardioExpress y AngioLáser. A estas horas de la mañana, la expresión de su rostro no era en sí de mucha satisfacción ya que los sucesos acaecidos con la selección y contratación de proveedores «novedosos» no había sido fácil con anterioridad debido a que como él mismo decía no había existido una suficiente claridad en los pormenores del análisis económico de dichos proveedores.

El estar al frente de la organización local de los servicios de salud de su

empresa desde hacía cinco años atrás, constituía un permanente reto para Funes, pues trabajar en pos de la visión de contribuir a la calidad de vida de los beneficiarios a través de la atención integral en salud, implicaba la necesaria consideración de todos los aspectos de índole económica relacionados.

—Doctor Funes, ¿le parece bien a usted que cite para mañana miércoles a las 7:30 a.m. a la representante de CardioExpress y a las 9:00 a.m. a los señores de AngioLáser? —fue la pregunta de su asistente que sacó a Funes de sus cavilaciones.

—Sí, Martha —respondió Funes, dejando sobre su escritorio los papeles de trabajo y tomando un sorbo de su vaso

\* Este caso fue preparado por Jorge Alberto Vélez Beltrán, como trabajo para optar al título de Especialista en el Programa de Especialización en Gestión de Salud, Asesora: Doctora Marta Cecilia Jaramillo. Es propiedad del Icesi. Santiago de Cali, noviembre de 1998.

de agua. Me parece bien citarlos para mañana, pero antes necesitamos reunir una serie de datos que aún nos faltan, para precisar nuestros requerimientos, en relación con el grupo de pacientes que pudiesen beneficiarse de estas intervenciones.

Para dar respuestas a los interrogantes sobre los grupos de beneficiarios de los planes de salud, Funes invitó a la doctora Alicia Machado y al doctor Luis Pérez, encargados de la atención de la mayor proporción de pacientes susceptibles de recibir atención por los proveedores en estudio, a una reunión a celebrarse en la oficina de los servicios de salud en horas de la tarde.

Martha, para adelantar en la reunión de la tarde, por favor recuérdelos la solicitud hecha con antelación a los doctores sobre toda la información relacionada con el perfil epidemiológico y el consolidado del diagnóstico de salud, con el tipo de informe estándar y los informes de los pacientes susceptibles de atención por los nuevos oferentes, lo que espero nos sea de utilidad para determinar claramente las necesidades de atención de sus pacientes.

¿Cuánto podrá costarnos realmente la nueva modalidad de **angioplastia** (??) para estos casos de pacientes? ¿Tendremos la certeza que este tipo de procedimiento es el ideal para ellos? ¿Cuál es el rango de seguridad que nos brinda este procedimiento en comparación con el convencional? ¿Cuántos pacientes y durante cuánto tiempo podríamos tratar nosotros con el procedimiento convencional en vez del nuevo con los recursos existentes? ¿Qué expectativas tienen los

médicos que generan la utilización de estas intervenciones, y cuáles son las expectativas de los pacientes para ser sometidos a estas intervenciones? ¿Cómo podemos evaluar nosotros los resultados en términos de salud o de estados de salud con la aplicación de estos procedimientos? ¿Son realmente eficaces y efectivos estos procedimientos? ¿Cómo podemos aproximarnos a medir el grado de contribución de la aplicación de estas intervenciones en la visión de la organización? —se inquietaba Funes, mientras recordaba su interés en aprender sobre estos apasionantes temas no frecuentemente tratados en la práctica gerencial tradicional de los servicios de salud.

—Si tan sólo yo pudiese dar respuesta a uno de estos interrogantes —pensaba Funes, mientras recordaba que desde su pregrado estuvo interesado en todas las implicaciones de los costos y los resultados involucrados en el cuidado en salud, tanto que años después participaría en congresos y cursos relacionados con el área; sus recuerdos lo transportaron al escenario reciente de un curso en particular, donde el doctor Neumann le preguntaba:

—Doctor Funes, ¿cómo cree usted que podemos incorporar los costos en las decisiones que día a día toman los profesionales y gerentes de la salud?

A lo cual Funes contestó:

—Tomamos a cada momento en el quehacer diario decisiones que tienen íntima relación con la economía, puesto que elegimos formas de uso de los recursos disponibles para el mejoramiento de la salud de las personas y la mejor manera es compar-

tir y aplicar los enfoques de la economía en salud y sus herramientas analíticas, puesto que los recursos son cada día más escasos y es nuestra responsabilidad velar por el buen uso de ellos y de la salud de los pacientes.

A las 2:30 p.m. del mismo día se inició la reunión con los médicos encargados de la atención de los pacientes, la doctora Alicia Machado y el doctor Luis Pérez. La doctora Alicia tenía a su cuidado 350 beneficiarios y el doctor Luis un grupo de 586 beneficiarios, cuyas descripciones y perfil epidemiológico se adjuntan (Anexo 1).

Después de los saludos correspondientes y las debidas presentaciones de informes solicitados, se notaba en cada uno de los presentes el buen ánimo para desarrollar la reunión, a lo cual Funes inició diciendo:

–Hoy trabajaremos bajo la orientación del ciclo P-H-V-A, planeamos realizar esta reunión por espacio de dos horas, con un breve receso de quince minutos en el intermedio, y los objetivos fundamentales están centrados en: primero, repasar algunos conceptos básicos de la economía en salud que nos ayuden a entender nuestra situación particular, segundo, compartir el perfil epidemiológico de la población de los médicos y del total del servicio de salud, y tercero, establecer los aspectos relacionados con los costos de las intervenciones ofrecidas por CardioExpress y AngioLáser que nos sirvan para tomar decisiones sobre si utilizamos una u otra alternativa, además, al final de la reunión estaremos en capacidad, afirmó Funes, de verificar si nuestras consideraciones iniciales son concluyentes

o de lo contrario estableceremos los ajustes respectivos.

Para dar inicio al primer objetivo –continuó Funes, para nosotros enfrentar un análisis económico en salud debemos considerar las tres dimensiones económicas. ¿Podrá usted doctora Machado ilustrarnos con base en el material proyectado en la pantalla?

En la pantalla de proyección se apreciaba una figura con la información pertinente a la pregunta esgrimida por Funes. La doctora Machado, después de precisar la lectura, inició su descripción:

–Como podemos observar en la figura, las tres dimensiones de la economía en salud hacen referencia primero, a la correspondiente a los tipos de costos y beneficios, dimensión que se subdivide en los costos y beneficios intangibles, de la morbilidad y mortalidad indirecta, de los directos no médicos y de los directos médicos; en la segunda dimensión, tenemos el punto de vista del análisis, el cual va desde el punto de vista de la sociedad, del paciente, del pagador, hasta el punto de vista del proveedor; por último la dimensión del tipo de análisis, con su costo identificación o costo minimización, costo efectividad y costo beneficio.

Muy bien, anotó Funes, como vemos, debemos definir inicialmente los conceptos sobre los cuales orientaremos nuestro análisis, pero esto lo tenemos disponible en el glosario adjunto (Anexo 2).

El doctor Pérez, atento a la presentación, replicó:

–Para mí no es muy claro cómo voy

yo a utilizar o elegir una de estas herramientas en lo que tiene ver con la atención de mis pacientes y en particular con las propuestas de las entidades en cuestión.

Funes aprovechó para exponer un ejemplo práctico de los diferentes tipos de análisis económico a utilizar en salud, así:

–Si tenemos el caso en el cual los resultados (en términos de seguridad y eficacia) de dos o más tratamientos alternativos han demostrado ser iguales, empleamos el análisis de costo minimización (ACM) para determinar la alternativa de tratamiento menos costosa, un ejemplo sería el de comparar un medicamento de marca con uno genérico, en las condiciones antes anotadas, caso en el cual elegiríamos el de menos costo, ya que los dos tienen iguales resultados.

–¿Pero qué sucede cuando necesitamos determinar el beneficio alcanzado por una intervención o tratamiento según unos costos? –intervino la doctora Machado.

–Pues en ese caso –replicó Funes – podemos utilizar un análisis del tipo de costo-beneficio (ACB), donde a los resultados se les da un valor en unidades monetarias, es decir, en pesos y aquí, por supuesto, los resultados del análisis se expresan en términos de relación costo-beneficio o costo o beneficio neto; pensemos en que los costos asociados con un tratamiento para desbloquear una arteria coronaria, procedimiento denominado angioplastia coronaria, son del orden de \$2.500.000, y el resultado para esta intervención ha sido valorado en el orden de \$10.000.000, así que la relación costo-beneficio podría expre-

sarse como el beneficio dividido por el costo ( $\$10.000.000/\$2.500.000$ ), o 4/1.

–¿Y eso qué significa? –preguntó el doctor Pérez, que atendía cada palabra de Funes.

–Eso significa –dijo Funes– que esta relación puede interpretarse como que la intervención produce \$4 de beneficio por cada \$1 gastado en ella. Pero si además, deseamos conocer cuál es el beneficio neto de dicho tratamiento, pues restamos los costos de los beneficios ( $\$10.000.000 - \$2.500.000$ ) y tenemos así un beneficio neto de \$7.500.000. Ahora bien, en términos prácticos, cuando comparamos dos tratamientos, la alternativa con la mayor relación costo-beneficio o beneficio neto, sería considerada como la de uso más eficiente de los recursos.

–Ahora bien –dijo la doctora Machado –tengo la situación en la cual necesito evaluar tratamientos o intervenciones cuyos resultados estén orientados a los años de vida ganados o lo que queremos evitar con estos. ¿Cómo puedo enfrentar dicha situación?

–El otro tipo de análisis es el denominado de costo-efectividad (ACE), y como plantea la doctora Machado –afirmó Funes– en él evaluamos alternativas de tratamiento donde los resultados son expresados en unidades naturales, bien sea años de vida salvados, días libres de síntomas, número de eventos evitados, número de curas y otros factores. Y la resultante es una relación de costo-efectividad presentada como el costo requerido para conseguir una unidad de resultado, ejemplo costo por año de

vida salvado. ¿Y cómo podemos realizar las operaciones matemáticas para esto? –dijo Funes– mientras se acercaba al tablero y tomando un marcador se aprestaba a explicar la forma en la cual se realizan los cálculos pertinentes. Tomamos –continuó Funes– las dos alternativas de tratamiento, expresando para cada una lo relacionado con los costos de su aplicación en relación con el número de pacientes objeto, el porcentaje de cura y para cada alternativa determinamos la relación promedio de costo-efectividad, la cual es el resultado de dividir el costo total de la intervención sobre el porcentaje del número de cura o resultado satisfactorio de aplicar dicha terapia. Pero para completar este análisis es necesario definir la relación incremental de costo-efectividad, y siguió escribiendo el ejercicio que se adjunta (Anexo 3).

En el reloj ya se marcaban cuarenta y cinco minutos de haberse iniciado la reunión y siguiendo el plan, deberían tomar un receso. Martha, la asistente de Funes, aprovechó para que les ofrecieran un café y una bebida de hierbas naturales a los asistentes. Después del receso, se reanudó la sesión.

–¿Y qué pasa con los años de vida ajustados a la calidad? –preguntó el doctor Pérez, ya que mis pacientes esperan siempre sentirse mejor por más años si se someten al procedimiento planteado.

–Ahí estamos nosotros ante la necesidad de utilizar un método similar –planteó Funes– donde el resultado es ajustado a la calidad de vida y el costo es medido en pesos, como en los

tipos de análisis anteriores, y el resultado es expresado como una medida de utilidad ponderada por el paciente, siendo la más frecuentemente utilizada los años de vida ajustados a calidad (AVAC). Es claro que la calidad de vida ha sido definida como una satisfacción con la vida y un bienestar personal general. Las mediciones de ésta se realizan a través de la aplicación de cuestionarios genéricos, específicos a enfermedades o del tipo de perfil. Por ejemplo, para cada alternativa de tratamiento se toman los costos, los cuales al ser multiplicados por el resultado de la utilidad (años de vida ajustados a la calidad), en relación con los beneficios para cada alternativa nos permite relacionar a su vez las dos alternativas de tratamiento, resultando en una relación incremental de costo-efectividad y de costo-utilidad a su vez. Para mayor claridad, dejaremos en el anexo lo correspondiente (Anexo 4).

La reunión se cumplió según lo acordado, en el reloj de pared se marcaban las 4:25 p.m. momento en el cual cada uno manifestó su impresión final.

–En este escenario es claro –dijo la doctora Machado, que cuando tomamos decisiones que tienen que ver con la salud de los pacientes, no sólo afectamos a éste en toda su dimensión, sino que desde la perspectiva que tomemos es necesario hacer conciencia de lo finito de los recursos y que existen herramientas para dar mayor claridad y disminuir la incertidumbre que a diario se presenta al respecto.

–El doctor Pérez anotó a su vez:  
–Pienso que ya es claro para mí que

una decisión clínica tiene que basarse en lo posible en la información de costos y resultados y que a partir de estos se podrá ir construyendo un tipo de análisis más completo que nos permita actuar con claridad y en consonancia con las guías de análisis económico de la práctica médica (Anexo 5).

–Ahora sí –pensó Funes– he dejado planteada una gran inquietud sobre lo básico para comprender estos análisis y estar en capacidad de tomar decisiones más acertadas para mi servicio de salud, nuestros pacientes, los proveedores y la sociedad en su conjunto.

*Es el momento en el cual usted utilizará los elementos necesarios para asesorar a Funes en sus reuniones del día miércoles próximo en la elección del tipo de proveedor, con una intervención que sea la más indicada desde el punto de vista de los análisis económicos en salud (Anexo 6).*

<b>ANEXO I</b>				
<b>PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESULTADOS ANGIOGRÁFICOS</b>				
<b>Pacientes a cargo de la doctora Alicia Machado</b>				
<b>Enfermedad/Condición</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Enfermedad Coronaria				
• Angina	22	6.3	14	8
• Infarto Agudo de Miocardio Previo	15	4.3	9	6
Hipertensión Arterial	45	12.8		18
Hipertrigliceridemia-				
Hipercolesterolemia	36	10.3	20	16
Diabetes Mellitus	12	3.4	6	6
Otras	125	35.7	65	60
Pacientes sanos	95	27.1	40	55
<b>Total pacientes</b>	<b>350</b>	<b>100.0</b>	<b>181</b>	<b>169</b>

<b>Resultados de estudio angiográfico por tipo de condición</b>				
<b><i>Pacientes a cargo de la doctora Alicia Machado</i></b>				
<b>Enfermedad/Condición</b>	<b>No.</b>	<b>Estudio de Angiografía Positiva</b>		
		<b>No</b>	<b>(%)</b>	
Enfermedad Coronaria				
• Angina				
• Infarto Agudo de Miocardio Previo	22	7		31.8
	15	15		100.0
<b><i>Pacientes a cargo del doctor Luis Pérez</i></b>				
<b>Enfermedad/Condición</b>	<b>No.</b>	<b>(%)</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Enfermedad Coronaria				
• Angina	66	11.2	42	24
• Infarto Agudo de Miocardio Previo	22	3.7	16	6
Hipertensión Arterial	72	12.3	46	26
Hipertrigliceridemia- Hipercolesterolemia	85	14.5	55	30
Diabetes Mellitus	23	3.9	17	6
Otras	150	25.6	87	61
Pacientes sanos	170	29.0	80	90
<b>Total pacientes</b>	<b>586</b>	<b>100.0</b>	<b>343</b>	<b>243</b>
<b>Resultados de estudio angiográfico por tipo de condición</b>				
<b><i>Pacientes a cargo del doctor Luis Pérez</i></b>				
<b>Enfermedad/Condición</b>	<b>No.</b>	<b>Estudio de Angiografía Positiva</b>		
		<b>No.</b>	<b>(%)</b>	
Enfermedad Coronaria				
• Angina	66	16		24.2
• Infarto Agudo de Miocardio Previo	22	19		86.4

## ANEXO 2

### GLOSARIO

**Análisis de Costo-Identificación o Minimización (ACM):** En este tipo de análisis se responde a la pregunta: ¿Cuál es el costo? En éste los resultados de las estrategias a comparar son similares y el objetivo es encontrar la forma menos costosa de alcanzar el resultado.

**Análisis Costo-Beneficio (ACB):** Mide la efectividad en términos clínicos o conceptos abstractos de utilidad. Incorpora el cálculo del beneficio neto o del costo neto, sustruyendo el costo del beneficio.

**Análisis Costo-Efectividad (ACE):** Incorpora los costos y los efectos. Mide el costo neto de proveer un servicio, así como los resultados obtenidos. Para que éste sea pertinente a las preocupaciones de los profesionales de la salud y de los gerentes del sector, los efectos a medir necesitan ser coincidentes con el objetivo clínico.

**Análisis Costo-Utilidad (ACU):** Similar a ACE, pero el resultado es ajustado a la calidad de vida.

**Años de Vida Ajustados a la Calidad (AVAC):** Pondera los años de vida por la calidad de esos años, lo cual es determinado por la presencia de resultados intangibles tales como la incapacidad y el dolor; por ejemplo, un año de vida con una hemiparesia (disminución de la fuerza muscular de la mitad del cuerpo, generalmente secundaria a un evento como un accidente cerebro vascular), debiera ser equivalente a 0.5 años de vida en perfecta sa-

lud, en verdad equivale a 0.5 AVAC.

**Eficacia:** Consiste en que una intervención en salud puede conseguir su objetivo cuando es usada en óptimas circunstancias.

**Evaluación de Efectividad:** La demostración de que una nueva intervención en salud hace más bien que mal cuando es usada en circunstancias usuales.

**Eficiencia o Costo-Efectividad:** Considera tanto la efectividad de la intervención en salud como los recursos requeridos para suministrar la intervención.

**Eficiencia:** Es alcanzar el máximo incremento en beneficio de la salud, es decir, mejoramientos en el estado de salud de una población objetivo, con una cantidad fija de recursos.

**Evaluación de la Tecnología en Salud:** Considera la distribución, es decir quién gana y quién pierde por elegir en el manejo y asignación de los recursos a un programa de salud en vez de otro.

**Modelos Económicos:** Modelos que ayudan en la evaluación del costo-efectividad actual o potencial (o el impacto económico) de las intervenciones, integrando la información de diferentes fuentes. Su objetivo consiste en construir el modelo más realista de un proceso clínico que incorpore las mediciones de eventos claves así como los generadores de los componentes de análisis económicos.

**Angioplastia Coronaria:** Intervención consistente en pasar a través de las arterias un catéter con un balón en la punta hasta llegar a las arterias coronarias (encargadas del suministro de sangre oxigenada y

nutrientes al corazón), donde al encontrarlas ocluidas o bloqueadas por placas derivadas de aterosclerosis, se infla el balón produciendo solución a la enfermedad oclusiva.

### ANEXO 3

#### ANÁLISIS DE COSTO-EFECTIVIDAD (ACE)

	Total de costos	Número de	Relación Promedio
Alternativas	para 100 pacientes	Curas (%)	Costo-Efectividad
Tratamiento A	\$10.000.000	90	\$10.000.000/90 = \$111.111 por cura
Tratamiento B	\$20.000.000	95	\$20.000.000/95 = \$210.526 por cura

La relación incremental de costo-efectividad se calcula así:

[Costo de Tratamiento B - Costo de Tratamiento A]/[Resultado con Tratamiento B - Resultado con Tratamiento A].

Por ejemplo: [ $\$20.000.000 - \$10.000.000$ ] / [ $95 - 90$ ] =  $\$10.000.000 / 5 = \$2.000.000$  por cura.

## ANEXO 4

### ANÁLISIS COSTO-UTILIDAD (ACU)

Costo, efectos, utilidad y beneficios de tratar pacientes con una enfermedad X con dos estrategias alternas, Tratamiento / Intervención A y Tratamiento / Intervención B

Estrategia	Costos Tratamiento	Efectividad (Años Vida)	Utilidad (Calidad de Vida)	Utilidad (AVAC)*	Beneficios
Tratamiento A	\$2.000.000	4, 5 años	0.80	3.6 AVAC	\$40.000
Tratamiento B	\$1.000.000	3.5 años	0.90	3.15 AVAC	\$20.000
<b>Relación Incremental de Costo-Efectividad</b> = $\frac{\$2.000.000 - \$1.000.000}{4.5 \text{ años} - 3.5 \text{ años}} = \$1.000.000$ por año de vida ganado					
<b>Relación Incremental de Costo-Utilidad</b> = $\frac{\$2.000.000 - \$1.000.000}{3.6 \text{ años} - 3.5 \text{ años}} = \$2.222.222$ por AVAC ganado					
<b>Relación Incremental Costo-Beneficio</b> = $\frac{\$2.000.000 - \$1.000.000}{\$40.000 - \$20.000} = 50$					

- AVAC = Años de Vida Ajustados a Calidad.

**Enfermedad:** CA Pulmón.

**Tratamiento A:** Quimioterapia agresiva post resección quirúrgica.

**Tratamiento B:** No quimioterapia post resección quirúrgica.

**Efectividad:** Medida de resultado del tratamiento en términos de esperanza de vida-años de vida; es decir que para la alternativa A se considera una esperanza de vida de 4.5 años posterior a su aplicación, en tanto que para la alternativa B, una esperanza de vida de 3.5 años.

**Utilidad:** Es la relación entre la esperanza de vida-años de vida y los años de vida ajustados a la calidad, lo cual es la reducción proporcional en la calidad de vida resultante de tener un estado de salud peor que la salud perfecta. La utilidad, es decir, la preferencia del paciente por un estado de salud en una escala de 0 a 1, siendo 1 equivalente a la salud perfecta y 0 equivalente a la muerte.

Los años de vida ajustados a calidad: se calculan multiplicando los años de vida por el valor de la utilidad para el estado de salud dado, por ejemplo, para el tratamiento A, 4.5 años x 0.80 = 3.6 AVAC y para el tratamiento B, 3.5 años x 0.90 = 3.15 AVAC.

## ANEXO 5

### GUÍAS PARA UN ANÁLISIS ECONÓMICO

#### DE LA PRÁCTICA MÉDICA

- ¿Qué tipo de análisis económico es?
- ¿Cuáles son las intervenciones clínicas alternativas que están siendo comparadas? ¿Han sido consideradas las alternativas más razonables?
- ¿Qué perspectiva ha tomado el análisis? ¿Son apropiadas las alternativas a la perspectiva adoptada?
- ¿Ha sido claramente definida y establecida la efectividad de cada intervención?
- ¿Cómo está siendo medido el resultado?
- ¿Están los costos y los beneficios directos y explícitamente definidos y medidos?
- ¿Han sido incluidos los costos médicos y no médicos? ¿Son razonables las fuentes de información acerca de los costos? ¿Están diferenciados los costos y los gastos? ¿Están los costos fijos y variables diferenciados?
- ¿Están los costos y los beneficios indirectos explícitamente medidos? ¿Están incluidos tanto los costos de morbilidad como de mortalidad? ¿Cómo están estimados los costos indirectos de mortalidad?
- ¿Están los costos y beneficios intangibles explícitamente definidos y medidos?
- ¿Cuál es la perspectiva de tiempo del análisis? ¿Se han hecho los ajustes apropiados de tiempo (por ejemplo, costos futuros y descuento de beneficios)?
- ¿Están las diferencias en el costo y en el resultado comparadas para diferentes alternativas?
- ¿Están identificados las incertidumbres y los sesgos?
- ¿Están los efectos potenciales sobre los resultados medidos en un análisis de sensibilidad?
- ¿Están identificados y discutidos los aspectos éticos?

## ANEXO 6

### INFORMACION DE PROPUESTAS DE PROCEDIMIENTOS

Proveedor	Procedimiento	Costo (M\$)	Efectividad (Años Vida)	Utilidad (AVAC)	Riesgo
CardioExpress	RVMC	12	5.5	0.6	15%
AngioLáser	APC	4	8.5	0.8	8%

RVMC: Revascularización miocárdica.  
 APC: Angioplastia percutánea

### REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Aaron A. STINNET, Peter J. NEUMANN. *Cost-Effectiveness Analysis for Health and Medicine: Theory and Methods, 20th Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making.* Boston, Massachusetts. October 25, 1998.

JOHANNESSON M., O'BRIEN BJ. *Economics, Parhameceuticals, and Pharmacoeconomics. Medical Decision Making.* 1998; Vol. 18/No. 2 apr-jun supl.

CASTAÑO RA. *¿Cómo medir calidad? Vía Salud.* Tercer trimestre, 1998.

BOOTMAN JL, DRUMMOND MF, TORRANCE GW, et al. *Health Economics.* Sandoz Pharmaceutical Corporation. Sandoz Education. Series CD-ROM material, 1995.

CAHILL EN, *Cost-Effectiveness Analyses: Legal and Ethical Issues.* Drug Benefit Trend 10(2): 31-36, 1998.

RUSSELL LB, Gold MR, SIEGEL JE, DANIELS N., WEINSTEIN MC. *The robe*

*of cost-effectiveness analysis in health and medicine.* JAMA 1996; 276: 1172-1177.

WEINSTEIN MC, SIEGEL JE, GOLD MR, KAMLET MS, and RUSSEL LB. *Recommendations of the Panel on Cost-Effectiveness in Health and Medicine* JAMA 1996: 276: 1253-1258.

SIEGEL JE, WEINTEIN MC, RUSSEL LB, and GOLD MR. *Recommendations for reporting cost-effectiveness analyses.* JAMA 1996:276: 1339-1441.

JONES AJ, SÁNCHEZ LA. *Pharmacoeconomic Evaluation: Applications in Managed Care Formulary Decision Making.* Drug Benefit Trends 7(9): 12, 15, 19, 22, 32, 34, 1995.

DETSKY AS, NAGLIE IG. *A Clinician's Guide to Cost-Effectiveness Analysis.* Annals of Internal Medicine, 113-147-154, 1990.

EISENBERG JM, *Clinical Economics.* A Guide to the Economic Analysis of Clinical Practice. JAMA 1989; 2879-2886.

## **COMENTARIO SOBRE EL CASO**

### **«De cómo el Gerente de Salud aprende y aplica los conceptos básicos de economía en Salud»**

Este caso muestra a un Gerente de Salud que evalúa las diferentes alternativas de tratamiento de los pacientes, basados en una herramienta de la economía que le permite medir el costo-efectividad y el costo-utilidad de la alternativa seleccionada. Estos indicadores no miden el costo absoluto del procedimiento, sino que se basan en lo que puede producir laboral, económica y socialmente el paciente después de haber recibido el tratamiento, es decir, que evalúa el impacto del tratamiento o plan de salud seleccionado, sobre resultados expresados positivamente en «Años de vida salvados» (los años que se logran recuperar con la intervención), «Días libres de síntomas», «Número de eventos evitados» (cuando con la intervención utilizada se logran evitar nuevos enfermos o muertos, ejemplo: con programas de inmunización), «Número de curas» (pacientes sanos después del tratamiento o intervención).

La mayor parte de las decisiones de contratación de planes o paquetes de salud, se toman por el costo absoluto del procedimiento, sin tener en cuenta el impacto sobre la calidad de vida del paciente y lo que puede significar en ingresos para la sociedad.

Es muy interesante involucrar los análisis económicos sobre las decisiones donde se están invirtiendo recursos financieros, principalmente cuando podemos actuar sobre problemas de salud en población infantil o productiva laboralmente, antes que se presente la enfermedad, es decir, con intervenciones de promoción de la salud o prevención de la enfermedad, impactando el problema de salud-enfermedad en una comunidad.

La Salud Pública debe aprovechar las herramientas económicas y gerenciales para mejorar la calidad de vida de la población.

### **Marta Cecilia Jaramillo Mejía**

M.D. Especialista en Gerencia Hospitalaria y Gerencia de la Salud Pública (Universidad EAFIT - CES). Directora de la Especialización en Gestión de la Salud, Convenio ICESI - CES. ☀