

Costo-efectividad de la Atención en Cuidados Intensivos

Asiselo de Jesús Villagómez Ortiz*

Si bien lo ideal es que todos tuviéramos todas la oportunidades de tratamiento médico en cualquier momento, sin embargo, las necesidades de salud son muchas y los recursos escasos lo que obliga a los servicios de salud en el mundo a conocer el costo de los tratamientos y medir su impacto.

Una tendencia global en la atención médica y las unidades de cuidados intensivos por supuesto, no escapan a ella, es el análisis de la evaluación económica de las intervenciones en salud, el objetivo es comparar el costo de una atención contra los resultados obtenidos.

Muchos países, pero sobre todo los que más recursos tienen, toman en cuenta estos resultados para la toma de decisiones, para discernir qué alternativas terapéuticas o procedimientos son los más apropiados para la financiación de éstos.

Aunque es conveniente señalar que por otra parte algunos médicos en pro de la medicina basada en la evidencia, (la cual justificó) siguen pensando que el deber del clínico es identificar las opciones más eficaces y aplicarlas a sus pacientes individuales sin importar el costo de esta atención, no podemos soslayar que los recursos económicos en medicina son finitos, por lo que, desde mi punto de vista, el ser practicante de la Medicina Basada en Evidencia no debe contraponerse al análisis fármaco-económico apropiadamente empleado en la toma de decisiones en salud.

La diferencia de análisis económicos estriba en cómo cada método mide las consecuencias y dentro de las técnicas más empleadas tenemos a:

1. La **minimización de costos**: determina la alternativa de **intervención menos costosa** asumiendo que la eficacia es la misma (ej. dos antihipertensivos o antimicrobianos).
2. El **análisis de costo-efectividad**: es la suma de beneficios dividida por los costos, analiza el costo por unidad de efecto. Es decir se mide en dinero que cuesta un día menos de hospitalización o de ventilación mecánica con x o z intervención.
3. El **análisis de costo-utilidad**: los costos se dividen entre los resultados expresados en años de vida ganados o de calidad de vida (menos náusea, hipotensión, o no impotencia por mencionar algunos). Ej. supervivencia tratamiento en UCI vs no UCI 19,230 dólares año de vida ganado.
4. El **análisis de costo-beneficio**: es una técnica analítica que enumera y compara el costo neto de una intervención en salud con los beneficios que surgen como consecuencia de aplicar dicha intervención. Para esta técnica, los costos y los beneficios de la intervención se expresan en unidades monetarias. El análisis de costo-beneficio establece una regla directa de decisión basado en un principio de eficiencia en la distribución de los recursos. Sin embargo, en análisis de costo-efectividad nos impide comparar distintas intervenciones con desenlaces de salud distintos. Para ello se diseñó una métrica llamada años de vida ajustados a calidad (AVAC), o año de vida ganado (AVG) la cual permite medir cualquier resultado en salud para cualquier padecimiento en términos de sobrevivencia y de calidad de vida. Al final se buscará obtener el cociente de costo-utilidad el cual es resultado de la división de costos entre los AVACs obtenidos gracias al tratamiento. El inconveniente para este análisis se refiere a la metodología para obtener el valor monetario de una vida, una vida en perfecta salud y de los distintos estados de salud de los individuos a cualquier edad. El análisis de costo-

* Presidente del Colegio Mexicano de Medicina Crítica y Terapia Intensiva.

consecuencia hace una descripción exhaustiva de todos los costos y las consecuencias clínicas, económicas, humanísticas y sociales involucradas en una intervención de salud.

5. El análisis de **costo-consecuencia**: Hace un listado de todos los costos y las consecuencias implicada en la intervención. El análisis de costo-consecuencia hace una descripción exhaustiva de todos los costos y las consecuencias clínicas, económicas, humanísticas y sociales involucradas en una intervención de salud. Al fin le deja que cada quien haga sus propias conclusiones y tome sus propias decisiones, sin ofrecer recomendaciones de ningún tipo.

Las ventajas de estos estudios es que permiten a los tomadores de decisiones de las Unidades de Cuidados Intensivos elegir la mejor alternativa de manera objetiva comparando resultados y costos.

Se considera una *elección dominante* cuando beneficios son mayores y costos menores que las intervenciones alternativas. En tales circunstancias no hay necesidad de hacer ningún análisis cuando de primera intención una alternativa terapéutica tiene efectos benéficos superiores y menor costo.

El indicador conocido como costo-efectividad incremental (CEI), en el cual los costos y efectos de una intervención se comparan con los costos y efectos de otra intervención para cualquier problema cuyos resultados se expresen en las mismas unidades.

$$\text{ICER} = \frac{\text{Costo}_{\text{nuevo}} - \text{Costo}_{\text{antiguo}}}{\text{Beneficio}_{\text{nuevo}} - \text{Beneficio}_{\text{antiguo}}}$$

Obviamente esta concepción puede ser polémica e incluso provocativa para algunos médicos y habrá quién evite y rechace a toda costa este análisis, lo cual me parece una postura legítima pero no

suficientemente inteligente; si se preguntan cuánto debe valer una vida, la respuesta es clara, en principio no hay dinero que pueda comprar o pagar una vida, para fines de farmacoeconomía tampoco se sabe cómo medir tal valor en términos de costos (no necesariamente monetarios) ahora, con el estricto propósito de hacer comparaciones y conocer si una intervención es costo-efectiva, algunos países como EUA, Canadá y ciertos países europeos han consensado que una intervención sanitaria presenta una relación costo-efectiva aceptable cuando el costo adicional de cada año de vida ajustado por calidad ganada es inferior a 50,000 dólares y se considera inaceptable cuando supera los 100,000 dólares por año de vida ajustado por calidad.

En otros países como España no existe un criterio sobre lo que es una intervención sanitaria eficiente. En una reciente revisión se ha planteado que todas las intervenciones de hasta 30,000 €/AVG serían eficientes, e ineficientes las que superan 120,000 €/AVG. Entre 30,000 y 120,000 € por AVG, como se observa habría una zona de incertidumbre sobre la cual sería difícil pronunciarse.

Desde esta perspectiva el valor de un tratamiento o intervención se expresa como el cociente que se obtiene al dividir el costo de la intervención entre su beneficio o efectividad se conoce como costo-efectividad media (CEM). Así las intervenciones con CEM baja se consideran costo-efectivas (óptimas o eficientes) y las intervenciones con CEM altos son menos eficientes.

Si bien el médico no tiene ni debe tener el perfil de un economista, sí es un tomador de decisiones, y los análisis fármaco-económicos deben ser una herramienta en la dicha toma de decisiones, así ofrecer las mejores alternativas terapéuticas de acuerdo a las posibilidades financieras del sistema de salud en cuestión esto permitirá administrar adecuadamente los recursos que en muchos países, como el nuestro, son escasos.