



## Artículos

# *Evaluación Económica Comparada - Análisis de Costo Beneficio*

Caporale, Joaquín Enzo\*

*Los recursos disponibles para aquellos encargados de tomar decisiones en el ámbito de la salud y su cuidado son escasos; a la hora de elegir que curso de acción tomar, ellos deben contraponer los beneficios y los costos de dicha acción. Estas decisiones pueden centrarse, generalmente, en la implementación de un nuevo tratamiento y/o programa o en la modificación de uno existente. Es en estos casos cuando se requiere no solo información sobre la efectividad de una intervención en particular, sino también acerca de su eficiencia respecto de otras.*

La evaluación económica es la herramienta que provee la orientación sobre cómo utilizar mejor los recursos: es un análisis comparativo de cursos de acción alternativos, en términos de sus costos y consecuencias. Las técnicas de evaluación económica se distinguen en la forma en que se valoran las consecuencias de los programas de atención médica o intervenciones en el ámbito de la salud.

Existen cuatro tipos de evaluación económica completa en el ámbito de la salud y su cuidado:

- i. Análisis costo-beneficio.
- ii. Análisis costo-efectividad.
- iii. Análisis costo-utilidad.
- iv. Análisis costo-minimización.

El **análisis de costo-beneficio (ACB)** mide, en forma monetaria, los costos y los beneficios de distintas intervenciones o programas en la salud. Los criterios provenientes de la economía financiera, particularmente de la evaluación de proyectos de inversión, han servido de gran apoyo en la búsqueda del criterio adecuado para medir los costos y beneficios de proyectos de inversión sociales, y particularmente en la salud, siendo el criterio básico el Valor Actual Neto (VAN).

Técnicamente, realizando un ACB bajo el criterio del VAN se compara el flujo de los beneficios incrementales futuros descontados con los costos incrementales también descontados; esto significa que se calculan todos los beneficios y costos que bajo el programa o intervención se generarían a lo largo de un período de tiempo

ajustándolos a valores de hoy, para luego contrastarlos con aquellos obtenidos para otras intervenciones alternativas similares. De esta manera, el ACB es una evaluación económica completa porque se mide y valora tanto los costos (inputs) como las consecuencias (outputs) de un programa o intervención y se los compara con los obtenidos bajo otro programa o intervención, o con los que se derivan de la situación actual sin el programa (status quo).

En breve, el objetivo del análisis es identificar aquellos programas para los cuales los beneficios, medidos en términos monetarios, exceden a los costos también en términos monetarios, ubicando de esta manera aquellas inversiones en el área de la salud que presentan un beneficio social neto positivo. Aunque parece sencillo y trivial, es importante aclarar este punto debido a que muchos trabajos y publicaciones confunden la metodología evaluando solamente los costos incrementales (costos programa A vs costos programa B), sin tener en cuenta las consecuencias o beneficios de cada una de las alternativas. La diferencia entre los costos es mal interpretada como el beneficio de llevar a cabo una intervención en lugar de otra. Este mal llamado beneficio representa un ahorro y no es más que una comparación entre los costos de las alternativas planteadas.

Por otra parte, el **análisis de costo-efectividad (ACE)** mide las consecuencias a través de diferentes unidades que expresan la efectividad del tratamiento o programa evaluado, estas unidades pueden ser años de vida ganados en general, número de casos prevenidos, puntos porcentuales de reducción en niveles de colesterol o en la presión arterial, entre otros. Algunos autores aseguran que el análisis de costo-utilidad (ACU) es un tipo de análisis particular del ACE, con la diferencia que la efectividad (consecuencia) se mide a

\*Caporale, Joaquín Enzo: Lic. en Economía, UNLP; Integrante del equipo de investigación de la Escuela de Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud

través de una unidad de medida que incluye la calidad de vida, como lo son típicamente los Años de Vida Ajustados por Calidad (AVAC o QALYs en inglés) que no son más que los años de vida ganados ajustados por un índice que refleja la calidad de vida bajo la intervención evaluada.

Sin embargo, existen situaciones en las que no es necesario comparar las consecuencias de distintas alternativas de política bajo un ACE. Esta situación puede verificarse siempre que estas alternativas tengan exactamente la misma unidad de efectividad y, en consecuencia la regla de decisión se puede fijar en una única dimensión: el costo. Se trata en este caso del análisis de costo-minimización (ACM), bajo éste se elige aquella intervención que tenga el mínimo costo de entre las alternativas.

El análisis más utilizado en el área de la evaluación social de proyectos de inversión es el ACB. Sin embargo, en el área específica de la salud existe consenso en la utilización de los ACE y ACU. Estos últimos, en situaciones no dominantes<sup>1</sup> - las más frecuentes en la realidad -, nos dicen cuál es el precio de alcanzar una determinada unidad de medida, esto es en pesos por años de vida ganados, por casos prevenidos, por QALYs u otra unidad de medida. Sin embargo, ni uno ni otro tipo de evaluación económica (ACE/ACU) nos determina el costo de oportunidad de los recursos consumidos al lograr los objetivos planteados en las unidades de medida comentadas. Para tomar decisiones bajo estos tipos de evaluación económica - ACE y ACU - se necesita de las llamadas "league tables".

Las llamadas "league tables" contienen un listado con los distintos S por QALY que se pueden lograr con diferentes intervenciones en el área de la salud. Esto posibilita encontrar medidas relativas que permitan tomar decisiones de una manera más acertada, reconociendo el valor de los recursos utilizados - costo de oportunidad -. Cabe notar que todo este trabajo no es necesario en un ACB dado que ya está implícito en la metodología de cálculo utilizada.

Consiguientemente, con respecto a la plena comparabilidad de los resultados de los distintos tipos de evaluación económica es importante notar que dado que el ACB mide los costos y beneficios en términos monetarios, se permite una comparación mucho más amplia que bajo los ACE y ACU. Los indicadores obtenidos de un programa o intervención específica en el área de la salud bajo un ACB, pueden ser comparados con los indicadores obtenidos mediante la implementación de cualquier otro proyecto que involucre una inversión, tanto pública o social como privada. De hecho, existen determinadas áreas relacionadas con el sector público, como transporte y medio ambiente,

que utilizan el ACB como evaluación económica estándar. En realidad, esta metodología es la más utilizada en la literatura y es definitivamente la que más crecimiento y desarrollo ha experimentado entre los tipos de evaluación económica existentes.

Sin embargo, en el área de la salud ese consenso es difícilmente importable. La idea de asignar valores monetarios a las ganancias o pérdidas de la salud ha sido y es un tema muy controvertido. A pesar de que el ACB es ampliamente utilizado en la evaluación de proyectos de inversión, el requisito para su aplicación en el ámbito de la salud implica asignar valores monetarios a la vida y a la calidad de vida de las personas, lo cual es una desventaja para su utilización.

A pesar de esto, en la economía de la salud existen tres enfoques para valorar los beneficios en salud en términos monetarios, ellos son **(a) el método del capital humano, (b) el método de las preferencias reveladas y (c) la valuación contingente**.

El **método del capital humano** entiende que los beneficios en la salud pueden ser obtenidos mediante el ingreso que cada persona percibe. A pesar de ser ampliamente utilizado empíricamente, presenta serias dificultades. Primero, los ingresos en los mercados laborales no siempre reflejan la productividad marginal de cada persona, concepto que reflejaría correctamente el costo de oportunidad desde la óptica económica. Segundo, al valorar a las personas por sus ingresos sólo tenemos en cuenta a la población económicamente activa y además, empleada. Finalmente, este método no parece ser consistente con los fundamentos teóricos del ACB enraizados en la economía del bienestar.

Por otra parte, el **método de las preferencias reveladas** se basa en la observación de las decisiones que las personas realizan respecto al riesgo que enfrentan. Típicamente, los trabajos que utilizan este método se concentran en la sustitución entre riesgos e ingresos que realizan las personas al decidir trabajar en uno u otro sitio. La debilidad de este método es que la estimación de los beneficios puede presentar grandes desvíos al ser ésta fuertemente dependiente del contexto y del trabajo específicos.

En definitiva, al asignar un valor monetario a los beneficios el concepto fundamental que se debe tener en cuenta está dado por lo que las personas ganarían con la implementación de la intervención, es decir lo que estarían dispuestos a sacrificar para tener efectivamente esa intervención. O en el caso de un deterioro de la salud inicial, con cuánto debería ser compensada una persona por haberle reducido, en cierto grado, su salud con la implementación de alguna inversión en particular.

Precisamente, el tercer método citado (**valuación contingente**) pretende conocer cómo impacta en el bienestar de las personas un cambio de política. Ejemplos de cambios de política pueden ser la implementación de una nueva intervención, la cancelación de un

1- Una situación es dominante cuando la nueva intervención que se está evaluando produce mejores resultados con menores costos. Una estrategia no dominante, por el contrario, es aquella en la cual se registran efectos positivos con mayores costos.

programa social que estaba vigente, la incorporación de nuevos medicamentos en el mercado, la puesta en marcha de una tecnología que contamina el medio ambiente y la introducción de un nuevo sistema de transporte, entre otros.

La valuación contingente implica plantear ciertas preguntas en forma directa a un conjunto de individuos sobre un aspecto hipotético y, de esta manera, busca determinar la cantidad máxima que estas personas estarían dispuestas a pagar para obtener el bien en consideración, o el monto mínimo que estarían dispuestos a aceptar en compensación de ser privados de su consumo.

En la valuación contingente, existen distintas formas de estimar el cambio en el bienestar de las personas, los test compensatorios de Kaldor-Hicks son las alternativas. La variación equivalente, la variación compensada y el cambio en el excedente del consumidor. Se ha visto que todas estas medidas de estimación sólo son iguales en un único caso, esto es, cuando las personas no afectan sus demandas o preferencias una vez que su ingreso cambia - efecto ingreso nulo -.

Asimismo, con cada uno de estos test compensatorios, las personas pueden expresar sus preferencias en términos de la disposición a pagar (Willingness To Pay) o a aceptar (Willingness To Accept).

La WTP es una técnica de medición que puede utilizar una gran variedad de formas para realizar las preguntas necesarias para estimar los beneficios asociados a una intervención, esto genera un importante debate en relación a cómo debe medirse la WTP y cómo deben incorporarse las respuestas al ACB.

En general, en los ACB los beneficios son obtenidos estimando la disposición a pagar de cierto grupo de personas para salvar su vida o para mejorar su actual estado de salud, dependiendo de que tipo de

intervención se esté evaluando. Esta estimación indudablemente estará sesgada hacia las personas con mejores condiciones socioeconómicas. Precisamente, es esta dependencia del ACB sobre la valuación monetaria de los beneficios en la salud, junto con los métodos de estimación, que ha motivado el uso de los ACE y ACU en el ámbito de la salud y la medicina.

Tanto en el área de medio ambiente como en el de transporte, la utilización de la valuación contingente, mediante el uso del ACB, ha sido extendida ampliamente. Durante décadas, este desarrollo no tuvo la misma fuerza en el ambiente de la salud y su cuidado por falta de consenso, argumentos éticos y morales de expresar beneficios en la salud en dinero, entre otros motivos.

El atractivo del ACB, y la utilización de la valuación contingente, en la salud ha surgido como consecuencia de la búsqueda de distintas formas de medir los resultados o consecuencias. La valuación contingente provee un resultado (outcome) que presenta algunas ventajas respecto a los QALYs de los ACU, por ejemplo. Una de estas ventajas es la mejor forma de reflejar los costos de oportunidad.

En conclusión, parece haber cierto consenso en términos teóricos, que la mejor alternativa de evaluación económica de proyectos de inversión, tanto sociales como privados, es el ACB. Éste mide adecuadamente el costo de oportunidad y lo expresa en términos absolutamente comparables con cualquier otra evaluación realizada en distintas áreas. En comparación con otros tipos de evaluación económica, la dificultad diferencial se presenta en todas las dimensiones que el diseño del estudio debe tener en consideración. El punto en contra es la no incorporación de diferentes aspectos distributivos.

---

## BIBLIOGRAFIA

- \* Boadway, Bruce. *Welfare Economics*. Basil Blackwell. 1984.
- \* Brealey, Myers. *Fundamentos de Financiación Empresarial*. Cuarta Edición. McGraw-Hill. 1993.
- \* Diener, O'Brien, Gafni. *Health Care Contingent Valuation Studies: A Review and Classification of the Literature*. *Health Economics*, 4: 313-326 (1998).
- \* Drummond, Brien, Stoddart, Torrance. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Second Edition. Oxford Medical Publications, 1997.
- \* Olsen, Smith. *Theory vs Practice: A Review of Willingness-To-Pay in Health and Health Care*. *Health Economics*, 10: 39-52 (2001).
- \* Richardson. *Economic Assessment of Health Care: theory and practice*. Working Paper N°1. Center for Health Program Evaluation. August 1990.