



Buenas políticas de salud pública generan menor gasto en atención médica

Por **Jorge Colina**
Economista de IDESA

Es usual escuchar discursos en torno a que la promoción y la prevención en salud permiten disminuir el crecimiento incesante del gasto en atención médica. Sin embargo, se ha exacerbado en los últimos años la equivocada idea de que la restricción de recursos, los controles de precios, las normas inaplicables, y las presiones y las amenazas sirven para inducir a un uso más racional de los recursos. Ante esta realidad es útil reflatar esta vieja, pero siempre vigente, idea de que la mejor manera de lograr calidad médica, criterioso uso de los recursos y mayor equidad es con acciones de salud pública inteligentes.

En un estudio recientemente publicado en la revista científica *New England Journal of Medicine* un grupo de investigadores informa sobre los resultados obtenidos en una proyección sobre un modelo de simulación de enfermedades del corazón. El modelo básicamente proyecta incidencia, prevalencia, mortalidad y costos de atención de enfermedades del corazón en base a una parametrización de la influencia que sobre estas variables tienen seis factores de riesgos, además de edad y sexo, en población sin enfermedades coronarias (presión sanguínea sistólica, lipoproteínas de baja y alta densidad, tabaquismo, diabetes y uso de medicación en contra de la hipertensión) y cuatro en población con enfermedad coronaria (infartos de miocardio, paros cardíacos, anginas y revascularizaciones). Lo que los investigadores hicieron es cuantificar en base a un modelo de proyección el impacto que tiene una reducción de 3 gramos de consumo diario de sal (1.200 mg de sodio) en la incidencia, la prevalencia, la mortalidad y los costos de atención médica¹.

Los resultados son muy alentadores. Para facilitar su comprensión se los presenta en el *Recuadro 1*. A grandes rasgos, la modelización permite proyectar que disminuyendo el consumo de sal de la población en 3 gramos diarios (que es asimilable a disminuir el consumo de sodio en 1200 mg diarios) se reduciría en entre 6 y 10% la cantidad de enfermedades cardiovasculares, entre 5 y 8% los accidentes cerebrovasculares,

entre 7 y 12% los infartos y entre 2,5% y 4% las muertes por cualquier causa. Estimando el potencial ahorro de recursos económicos de estas reducciones de la carga de enfermedad, los investigadores concluyen que el sistema de atención médica americano podría ahorrarse entre 10 y 24 mil millones de dólares por año.

Los investigadores dan un paso más y estiman la efectividad de la medida. Concluyen que aún logrando una reducción del consumo de sal de la población muy modesta, como podría ser la reducción en el consumo de 1 gramo de sal diario gradualmente entre el 2010 y el 2020, el impacto sería todavía positivo. Aunque las reducciones serían menores (aproximadamente un tercio de las que se lograría con la reducción de 3 gramos), de todas formas serían estadísticamente significativas. Finalmente, en el análisis de costo-efectividad aparece que bajar la carga de enfermedad relacionada con la hipertensión a través de la reducción del consumo de sal de toda la población es más barato que hacerlo con medicación para bajar la presión arterial (*Recuadro 1*).

Si los resultados son tan contundentes, la pregunta es cuáles son las acciones que se deberían tomar para inducir a la población a consumir menos sal. El desafío no es menor. Se considera que una ingesta recomendada oscila en alrededor de 5,8 gramos de sal diarios y para los mayores de 40 años es mejor ubicarla en alrededor de 3,7 gramos. Sin embargo, en EEUU el consumo real se estima en 10,4 gramos para los hombres y 7,3 gramos para las mujeres.

Las campañas de información para que la gente coloque menos sal a las comidas siempre sirven. Sin embargo, la expe-

1 "Projected Effect of Dietary Salt Reductions on Future Cardiovascular Disease". Kirsten Bibbins-Domingo, Glenn M. Chertow, Pamela G. Coxson, Andrew Moran, James M. Lightwood, Mark J. Pletcher, y Lee Goldman. The New England Journal of Medicine. Volume 362:590-599 February 18, 2010. Number 7.



Recuadro 1. IMPACTO SANITARIO DE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SODIO

Una reducción a nivel de toda la población de 3 gramos en el consumo de sal (1200 mg de sodio por día) podría generar la reducción de:

- Nuevos casos de enfermedades cardiovasculares en entre 60.000 y 120.000 (que sería una reducción entre 6 y 10% de los casos esperados para cada año).
- Nuevos casos de accidentes cerebrovasculares en entre 32.000 y 66.000 (reducción entre 5 y 8% de los casos esperados para cada año).
- Nuevos casos de infartos de miocardio en entre 54.000 y 99.000 (reducción entre 7 y 12% de los casos esperados para cada año).
- Muertes por cualquier causa en entre 44.000 y 92.000 (reducción entre 2,5 y 4% de los casos esperados para cada año).

Estas reducciones se pueden traducir en los siguientes resultados económicos:

- Ahorrar entre 10 y 24 mil millones de dólares anuales en gastos de atención médica.
- La intervención sería efectiva aun con una reducción modesta de sólo 1 gramo por día obtenida gradualmente entre 2010 y 2019.
- La intervención es más costo efectiva que la prescripción de medicamento para bajar la presión arterial en personas hipertensas.

riencia de otros países como Japón, Reino Unido, Finlandia, Irlanda o Portugal señalan que la acción más efectiva es la de regular a los fabricantes de alimentos para que incorporen menos sodio a los productos procesados. Es decir, la política sanitaria más efectiva sería lograr que los alimentos procesados vayan teniendo cada vez menos contenido de sodio agregado y de esta forma tener un impacto poblacional que, según este modelo, generaría todos estos ahorros de enfermedades y por lo tanto de recursos asignados a tratarlos médicamente.

La aplicación de la política no es simple dado que puede afectar los gustos de las personas y, como toda política, termina siendo controversial. Máxime cuando prevalece todavía la percepción de que sólo las personas expuestas al riesgo de hipertensión deben disminuir el consumo de sal, mientras que para el resto la recomendación sería innecesaria. Estas nuevas investigaciones sugiriendo lo contrario - que la reducción del consumo de sal debería ser transversal a toda la población-, siendo que son proyecciones, requieren más investigación y evidencias adicionales. Pero no por ello dejan de ser motivantes, porque muestran con mucha simplicidad cómo las acciones de salud pública pueden llegar a tener un impacto muy positivo y concreto en la contención y el uso más racional de los recursos.

Salud pública como contenedor de costos de atención médica y generador de mayor equidad

El problema de los costos explosivos en atención médica se explica por las demandas crecientes de incorporación tecnológica, complejidad científica e intensidad en el uso de recursos que se derivan del hecho de que las personas viven más años. A medida que la población envejece, más demandante de recursos para la atención se vuelve. Esto se observa en las estructuras de gasto sanitario donde se detecta que las personas cuando superan los 60 años pasan a gastar en términos per capita más de tres veces lo que gasta una persona promedio. Sin embargo, el grueso del gasto en atención médica de una población puede explicarse por unas pocas enfermedades. Dos enfermedades que están entre las más frecuentes a edades avanzadas y que son muy demandantes de recursos son las enfermedades cardiovasculares y las cerebrovasculares.

Desde este punto de vista, una forma de contener el crecimiento del gasto en atención médica y dar una mayor racionalidad al uso de los recursos sería identificar los factores de riesgo asociados a estas dos enfermedades y actuar sobre ellos. Uno de los principales factores de riesgo asociado a las enfermedades cardiovascular y cerebrovascular es la hipertensión arterial. En este sentido, una políti-

ca de salud pública transversal para toda la población - como sería la disminución del contenido de sodio incorporado en los alimentos- tendría un impacto positivo directo en la reducción de las enfermedades cardio y cerebrovasculares, y, con ello, una reducción de la demanda de recursos de atención médica de las obras sociales, el sistema público y las entidades privadas de salud.

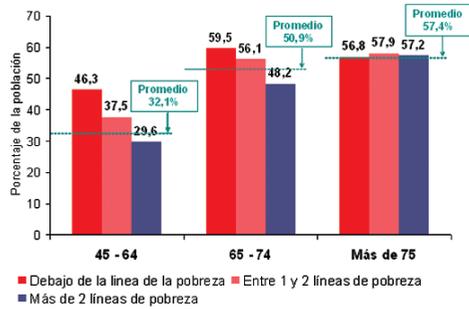
Sin embargo, uno de los aspectos más interesantes, por promisorio, es que este tipo de acciones de salud pública puede tener altos impactos en términos de mayor equidad en salud. Lamentablemente, en Argentina no hay datos públicos, oficiales y sistematizados, sobre el porcentaje de la población que es hipertensa. Como aproximación, puede resultar útil apelar a fuentes alternativas para observar ciertas características que presenta este factor de riesgo. Una fuente posible es EEUU por ser un país con una amplia diversidad demográfica, lo que lo hace en cierta forma asociable a otras realidades, pero fundamentalmente por contar con sistemas de información sanitaria muy desarrollados con altos estándares de calidad estadística. La publicación *Health, United States, 2009* del Centro para el Control y la Prevención de la Enfermedad del Departamento de Salud de EEUU muestra que la hipertensión empieza a tener importancia a partir de los 35 años y para la población mayor de 45 años pasa a ser un fenómeno muy prevalente. Hasta los 35 años, se detecta que sólo el 9,2% de los hombres y un 2,2% de mujeres sufren de hipertensión. Pasada esta edad, la proporción de gente que sufre hipertensión sube llegando para la gente con edades superiores a los 75 años a 65% entre los hombres y 80% entre las mujeres. Pero, además de la edad, el otro aspecto relevante que muestran las estadísticas es que -al menos en EEUU- la hipertensión tiene un marcado sesgo de presencia entre la población pobre.

El *Gráfico 1* muestra de una manera simple y expositiva una interesante evidencia sobre cómo la población sufre mayor hipertensión a mayor edad y a mayor pobreza.

El gráfico muestra que el 32,1% de personas con entre 45 y 64 años de edad sufre hipertensión. Pero entre la población pobre, el 46,3% es hipertensa y entre aquella que está cerca de ser pobre el 37,5%; en tanto que entre la población no pobre y que está lejos de serlo sólo el 29,6% es hipertensa.

En el segmento de entre 65 y 74 años, la proporción de personas hipertensas sube a 50,9%. Las personas pobres que sufren hipertensión son el 59,5% y las que están cerca de la pobreza el 56,1%; mientras que las que no son pobres y que está lejos de serlo el 48,2% sufre hipertensión.

**Gráfico 1. Población hipertensa EEUU, 2007.
Según diagnóstico médico**



Fuente: Health, United States, 2009. Center for Disease Control and Prevention (Pag. 119).
ftp://ftp.cdc.gov/pub/Health_Statistics/NCHS/Publications/Health_US/09figures/09contents_figures.pdf

La hipertensión tiene raíces congénitas que pueden ser agravadas por los estilos de vida. El hecho de que las personas pobres se vean más afectadas por la hipertensión es altamente probable que se explique por este segundo motivo, es decir, porque tienen menos acceso a información y menos posibilidades de practicar conductas saludables de vida (como evitar el sedentarismo, el tabaquismo, las adicciones al alcohol y las drogas, y el consumo de sodio).

Finalmente, entre los mayores de 75 años el 57,4% es hipertenso y la dispersión por nivel socioeconómico prácticamente desaparece. Una conjetura alrededor de por qué desaparecen las diferencias de prevalencia de hipertensión a edades superiores a 75 es que la mortalidad por enfermedades derivadas de la hipertensión fue mayor entre las poblaciones pobres durante edades tempranas, precisamente porque fueron las más afectadas y desatendidas, lo que conduciría a que pasados los 75 años haya más prevalencia relativa de hipertensión entre los estratos de mayor nivel de ingreso porque la sufrieron menos en edades tempranas y cuando la sufrieron estuvieron controlados. Los datos muestran que la hipertensión es una enfermedad que se da con mayor frecuencia entre las poblaciones pobres lo que le da a las políticas de salud pública que tiendan a disminuir su prevalencia una importancia elevada desde el punto de vista de la equidad social.

En suma, las evidencias señalan que a partir de los 45 años la población empieza a ser cada vez más propensa a la hipertensión y esto explica en buena medida que la carga de la enfermedad en la población adulta mayor esté dominada por las enfermedades cardio y cerebrovasculares. Como las enfermedades cardio y cerebrovasculares son muy demandantes de recursos en atención médica, son una de las principales determinantes del crecimiento del gasto en atención médica. La conclusión entonces es que una estrategia de salud pública para lograr contención y un uso más racional de los recursos para la atención médica es controlar la hipertensión entre la población. Pero a la vez, la hipertensión tiene mayor prevalencia entre la población pobre, lo que le otorga a la acción de salud pública tendiente a reducir la hipertensión una doble importancia. Además de ser un contenedor de costos de atención médica actúa aumentando la equidad en salud.

Las enseñanzas para la Argentina

Lo anterior son investigaciones y análisis realizados con datos de la experiencia extranjera. Lo importante es que son aplicables a la Argentina. La principal lección es que la forma de lograr un uso más racional de los recursos, costos de atención médica más accesibles para la población y mayor equidad en el acceso a la salud es con acciones de salud pública bien articuladas con el sistema de atención médica. Estas acciones están lejos de querer contener costos restringiendo recursos y controlando precios, o dar mayor accesibilidad forzando con normas y medidas judiciales la obligatoriedad de brindar servicios cuyo financiamiento no está previsto en el sistema, o con presiones o amenazas. Por el contrario, el uso racional de los recursos, la contención de costo y la equidad se logra con una mejor organización del sistema de salud donde las acciones de salud pública estén bien articuladas con el sistema de atención médica.

Básicamente, el Estado tiene la responsabilidad por el financiamiento y la ejecución de las acciones de salud pública, que son las acciones de promoción y prevención de la salud, destinadas a mantener sana a la población y controladas las afecciones crónicas. Luego, en un plano posterior a la acción de salud pública están las acciones de atención médica, que son las destinadas a recuperar la salud una vez que la enfermedad se produjo. La atención médica es financiada por diferentes vías y ejecutada por diferentes actores. Se financian con recursos públicos, aportes salariales y pagos de bolsillo, y se ejecutan por medio de hospitales públicos, obras sociales y entidades privadas de salud.

La mejor estrategia de salud, entonces, es identificar acciones de salud de pública altamente costo-efectivas - como la de reducción del consumo de sodio agregado a los alimentos- para ser implementadas de forma transversal a toda la población. De esta forma se disminuye la carga de enfermedad sobre el sistema de atención médica en sus tres estamentos -hospitales públicos, obras sociales y entidades privadas de salud-, momento a partir del cual con competencia regulada, transparente y con financiamiento consistente, el sistema de atención médica está en condiciones de brindar servicios de calidad con costos razonables. Desatender la salud pública y luego pretender contener el crecimiento del gasto en atención médica con controles de precios, normas irreales y amenazas o presiones, es una estrategia destinada al fracaso. Porque exacerba la escasez de recursos al sobredemandar el sistema de atención médica por no evitar las enfermedades evitables con una buena política de salud pública. Son las acciones de salud pública inteligentes -como la que sugiere esta investigación del *New England Journal of Medicine*- bien articuladas con el sistema de atención médica las que brindan las mejores soluciones para lograr una población saludable a costos razonables.

En términos más simples, el Estado tiene un rol estratégico e indelegable que es la de informar e inducir a la población a tomar acciones saludables de vida de forma tal de tender a minimizar la carga de la enfermedad, y los agentes del sector privado que actúan en la dimensión de la atención médica reforzar estas acciones complementando con la concientización de la prevención entre su población atendida y ser lo más eficiente posible en la organización de los recursos para la recuperación y el control de la enfermedad. Esta es la articulación virtuosa que permite lograr calidad, uso criterioso de los recursos y equidad. □