

Sociedad Brasileña de Nutrición Parenteral y Enteral. Sao Paulo. Brasil

## SOBRE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Isabel Correia<sup>1</sup>.

### PRESENTACIÓN

La Declaración de Cancún sobre el “Derecho a la Nutrición en el hospital” colocó un apartado dedicado expresamente a “Economía de la salud”.<sup>1</sup> Transcurridos 10 años de la firma y promulgación de la Declaración de Cancún, se me ha pedido que haga una (re)lectura crítica de la misma, y sobre todo, del apartado previamente mencionado.

Para ello, acudo a las siguientes definiciones contempladas igualmente en el texto original.

**Definición i)** Los Sistemas de salud latino-americanos deben alcanzar el nivel de convertir la terapia de nutrición artificial en derecho para los pacientes hospitalizados. Fuertes evidencias han demostrado que la desnutrición impacta negativamente en la evolución (morbilidad), la mortalidad, el tiempo de estancia hospitalaria, y los costos de las prestaciones.<sup>2-6</sup> Los costos asociados a la desnutrición hospitalaria pueden ser tales como para que los sistemas de salud operen en condiciones de ineffectividad.<sup>7</sup>

**Definición ii)** Una atención nutricional de calidad incluye la seguridad, oportunidad, eficiencia, eficacia, efectividad, equidad y sin modificar los valores bioéticos. Es esencial que la práctica de terapia nutricional sea interdisciplinar, y mediante el desarrollo, seguimiento y auditoria de protocolos. La enseñanza de esta disciplina en los distintos niveles de graduación y postgrado debe ser incentivada en cursos de Enfermería, Nutrición, Medicina, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Fisioterapia, y Farmacia.<sup>8-9</sup>

**Definición iii)** La economía en salud se basa en diversos indicadores de costos:

1) *Costo-minimización*: La terapia nutricional puede reducir los costos a favor de las utilidades. El estudio brasileño IBRANUTRI, publicado en 1999, demostró que para cada US\$ invertido en terapia nutricional, US\$4 serían ahorrados en consecuencia a un menor tiempo de hospitalización y menos complicaciones asociadas a la desnutrición.<sup>4</sup> En este punto es importante recalcar que los análisis de costo involucran no solamente aspectos económicos, sino también las enfermedades prevenibles, los años de vida ganados, y la calidad de vida ajustada por años, entre otros ítems formadores del costo.

2) *Costo-eficacia*: La terapia nutricional puede favorecer la provisión de atención médica a menor costo. Esto es: el tratamiento es adecuado y hecho de manera correcta, y ello resulta en efectividad: el logro del objetivo propuesto en ausencia de complicaciones. Los pacientes desnutridos, cuando son tratados nutricionalmente, pueden estar de alta más

---

<sup>1</sup> Médico. Especialista en Cirugía General. Especialista en Cuidados Intensivos. Doctora en Ciencias. Profesora de Medicina. Universidad Federal de Minas Gerais. Estado de Belo Horizonte. Brasil.

precozmente.<sup>7</sup> Un adecuado tratamiento nutricional se trasladaría también a una menor tasa de reinternación.

3) *Costo-beneficio*: No importa un costo de la intervención nutricional percibido como elevado, la intervención conducida mejora las utilidades. La inversión nutricional en los primeros 1,000 días de la vida de un ser humano (desde la concepción hacia el segundo año de vida) ayuda en la prevención de deficiencias nutricionales como la de yodo, que está asociada a la pérdida del coeficiente de inteligencia, y que no puede ser revertida con tratamiento médico instalado después.<sup>10</sup>

4) *Costo-efectividad*: Una intervención nutricional oportuna favorece acciones nuevas a un menor costo, a la vez que promueve impacto duradero en la calidad de vida de los enfermos. La prescripción de terapia nutricional precoz en aquellos individuos en riesgo de lesión por presión podría evitar el desarrollo de esta complicación, y ello, a su vez, impactaría en un mayor número de camas disponibles para otros enfermos.<sup>12-13</sup>

5) *Costo-utilidad*: Las terapias nutricionales pueden incrementar el número de los años de vida potencialmente saludables, como se ha demostrado una y otra vez en los estudios completados en niños. Por su parte, un estudio latinoamericano completado en enfermos críticos ha demostrado que el uso de nutrición parenteral temprana suele resultar en el ahorro de los costos finales, además de mejorar los resultados clínicos.<sup>7,14</sup>

## CONCLUSIONES

De lo anterior se concluye lo siguiente:

i) Los sistemas de salud latino-americanos deben establecer la normatividad y los procesos que garanticen que los pacientes hospitalizados reciban atención nutricional de calidad y precoz, y que sea realizada por equipo interdisciplinario de terapia nutricional. Este postulado se mantiene totalmente vigente al tiempo de hoy.

ii) Los sistemas de salud latinoamericanos, al cumplir con la nueva normatividad sobre la nutrición hospitalaria, deberán implementar las estrategias basadas en la mejor evidencia y que les permitan ofrecer atención nutricional de calidad. Los sistemas de salud también deberán medir el costo minimizado de tales estrategias, con basamento en los mejores trabajos científicos.

iii) Los sistemas de salud latinoamericanos garantizarán la educación, y harán la promoción necesaria, para que los pacientes hospitalizados participen activamente en el cumplimiento del objetivo nutricional planteado entre ellos y el personal de salud, procurando que las acciones sean costo-eficaces. Para el logro de tal propósito, es esencial que los equipos de terapia nutricional actúen interdisciplinariamente, e incorporen proyectos de auditoría como parte de sus actividades diarias.

iv) Los pacientes hospitalizados tienen derecho a un diagnóstico nutricional temprano, y ser informados del costo-beneficio de recibir una intervención nutricional de calidad lo más precozmente posible.

v) Los pacientes hospitalizados tienen derecho a recibir atención nutricional de calidad, brindada por personal calificado en el tema, y procurando siempre costo-efectividad.

vi) Los pacientes hospitalizados tienen derecho a que se le asignen recursos según las políticas públicas enfocadas a la promoción, prevención e intervención nutricional bajo esquemas de costo-utilidad que resulten en una mejor calidad de vida. Para el logro de ello, es fundamental la incorporación e implementación de programas de verificación y aseguramiento de la calidad dentro de las políticas nutricionales hospitalarias.

vii) Los pacientes hospitalizados, junto con sus familiares y cuidadores, deben ser informados y orientados sobre la necesidad de la continuación de los cuidados nutricionales hospitalarios en la casa y la comunidad.

viii) Los pacientes atendidos en el domicilio tienen el derecho a que se le asignen recursos según las políticas públicas enfocadas a la intervención nutricional bajo esquemas de costo-utilidad que resulten en una recuperación rápida, y una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, las sociedades representadas en la FELANPE, y la propia Federación, deben seguir las siguientes líneas de acción:

- Fomentar, por medio de grupos de expertos, la elaboración de guías clínicas de comprobada eficacia y aplicabilidad, adaptadas a la realidad de cada institución, y que sirvan de orientación y pauta, y que permitan establecer protocolos unificados en cada institución, pero sin olvidar la individualidad de cada paciente.
- Documentar y publicar las evidencias de los beneficios de la terapia nutricional por medio del análisis crítico de prácticas, resultados y costos, y gracias a la actividad de sistemas de auditorias de procesos.
- Proponer a las autoridades sanitarias las mejores prácticas educacionales para aplicar en los pacientes, estimulando de esta manera el “empoderamiento” del paciente y sus familiares.
- Promocionar las evaluaciones que midan eficazmente los riesgos por medio de proyectos de valoración de la calidad.
- Favorecer la realización de estudios de impacto económico en terapia nutricional en los países de América Latina, para que los resultados sean incorporados dentro de las bases de datos y así puedan servir de ejemplo para otras instituciones latinoamericanas.
- Promocionar las evaluaciones que midan eficazmente los riesgos, con base en los mismos principios de calidad;
- Entablar mecanismos de contacto con las autoridades legislativas para favorecer mejores presupuestos en esta materia, teniendo como soporte los estudios de calidad y de costo-efectividad completados en el propio continente.
- Estimular las investigaciones que comprendan el uso tanto de nutrientes artificiales como alimentos locales con fines de Apoyo nutricional a domicilio, para así evaluar el impacto y sostenibilidad de los mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo Pineda JC de la C, Figueredo Grijalva R, Dugloszewski C, Ruy Díaz Reynoso JAS, Spolidoro Noroña JV, Matos A; *et al.* Declaración internacional de Cancún sobre el Derecho a la Nutrición en los hospitales. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2008;23:413-7. Reimpreso en: *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2009;19(1):12-9.
2. Correia MI, Campos AC. Prevalence of hospital malnutrition in Latin America: The multicenter ELAN Study. *Nutrition* 2003;19(10):823-5.
3. Correia MI, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. *Clin Nutr* 2003; 22(3):235-9.
4. Waitzberg DL, Caiaffa WT, Correia MI. Hospital malnutrition: The Brazilian national survey (IBRANUTRI): A study of 4000 patients. *Nutrition* 2001;17(7-8):573-80.

5. Correia MI, Caiaffa WT, da Silva AL, Waitzberg DL. Risk factors for malnutrition in patients undergoing gastroenterological and hernia surgery: An analysis of 374 patients. *Nutrición Hospitalaria* [España] 2001;16(2):59-64.
6. Waitzberg DL, Correia MITD. Custos e benefícios da nutrição enteral e parenteral na assistência integral à saúde. *Rev Bras Nutr Clin* [São Paulo] 1999;13:213-9.
7. Correia MITD, Perman MI, Pradelli L, Saleh AJO, Waitzberg DL. Economic burden of hospital malnutrition and the cost-benefit of supplemental parenteral nutrition in critically ill patients in Latin America. *J Med Econ* 2018;13:1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/13696998.2018.1500371>. Fecha de última visita: 15 de Junio del 2018.
8. Silver HJ, Pratt KJ, Bruno M, Lynch J, Mitchell K, McCauley SM. Effectiveness of the Malnutrition Quality Improvement Initiative on practitioner malnutrition knowledge and screening, diagnosis, and timeliness of malnutrition-related care provided to older adults admitted to a tertiary care facility: A pilot study. *J Acad Nutr Diet* 2018;118(1):101-9.
9. Hark LA, Deen D. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Interprofessional education in nutrition as an essential component of medical education. *J Acad Nutr Diet* 2017;117(7):1104-13.
10. Sanders GD, Neumann PJ, Basu A, Brock DW, Feeny D, Krahn Mea. Recommendations for conduct, methodological practices, and reporting of cost-effectiveness analyses: Second panel on cost-effectiveness in health and medicine. *JAMA* 2016;316(10):10.
11. Forget EL, Roos LL, Deber RB, Walld R. Variations in lifetime healthcare costs across a population. *Health Policy* 2008;4(1):e148-e167.
12. Banks MD, Graves N, Bauer JD, Ash S. Cost effectiveness of nutrition support in the prevention of pressure ulcer in hospitals. *Eur J Clin Nutr* 2013;67(1):42-6.
13. Banks M, Bauer J, Graves N, Ash S. Malnutrition and pressure ulcer risk in adults in Australian health care facilities. *Nutrition* 2010;26(9):896-901.
14. Papapietro Vallejo K, Méndez Martínez C, Matos Adames AA; *et al.* Current clinical nutrition practices in critically ill patients in Latin America: A multinational observational study. *Crit Care* 2017;21:227-34. Disponible en: <http://doi:10.1186/s13054-017-1805-z>. Fecha de última visita: 16 de Junio del 2018.