

¿puede el análisis de costo-efectividad ayudar en la prevención del VIH?

revisado 1/02

¿por qué invertir en la prevención?

La prevención del VIH sigue siendo nuestra mejor esperanza en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA. Se calcula que el costo de la atención médica y otros cuidados para una sola persona VIH+ es de \$195,000 (en dólares estadounidenses) durante el transcurso de su vida.¹ Dadas las 40,000 nuevas infecciones que ocurren cada año, el cuidado de todas las personas que se infecten solamente este año costará más de 6 mil millones de dólares.² Al evitar el contagio, la prevención del VIH no sólo salva vidas y retrasa la epidemia, sino que también reduce el número de personas que requieren atención médica costosa para combatir su enfermedad del VIH.

El costo de la epidemia del SIDA no se mide en dólares solamente, sino en el sufrimiento y la muerte de amigos, familiares y seres queridos. Lo que la sociedad pierde no se puede medir. Se ha perdido productividad y creatividad así como el dinero gastado en servicios médicos y sociales.

El SIDA tiene un alto costo para la sociedad, ya que afecta principalmente a adultos jóvenes que están en la mejor edad para trabajar y tener hijos. En los EEUU en 1998, entre las personas de 25-44 años, el VIH fue la quinta causa de muerte, la primera causa de muerte para hombres afroamericanos y la tercera para mujeres afroamericanas.³

¿qué es el análisis de costo-efectividad?

El término **análisis de costo-efectividad** se refiere al análisis económico de una intervención. En la prevención del VIH, el costo de cada infección que se evite representa una medida de costo-efectividad. Aquí entran en juego varios factores: el costo de la intervención, el número de personas alcanzadas, sus conductas riesgosas e incidencia de VIH, y la eficacia de la intervención para cambiar la conducta. El propósito del análisis de costo-efectividad es cuantificar cómo estos factores se combinan para determinar el valor general de un programa.

El análisis de costo-efectividad puede determinar si una intervención reduce costos (el costo por infección evitada es inferior al costo del tratamiento y cuidado de por vida de la persona con VIH/SIDA) o si es costo-efectiva (es decir el costo por infección evitada es favorable en comparación con otros servicios de salud como los programas para dejar de fumar o detectar la diabetes).

Muchas veces las organizaciones comunitarias, los grupos de planificación comunitaria y los departamentos de salud tienen la difícil tarea de escoger, entre una amplia gama de estrategias para evitar el VIH, aquellas intervenciones que se ajusten mejor a las necesidades de los grupos de mayor riesgo en su comunidad. Conocer la costo-efectividad de los programas puede ayudarles a decidir cómo salvar el mayor número de vidas con recursos limitados.⁴

¿cuáles son las limitaciones?

El análisis de costo-efectividad es una consideración importante, pero es sólo uno de muchos factores que deben tenerse en cuenta al tomar decisiones programáticas. Los modelos de costo-efectividad no toman todo en cuenta. A veces omiten factores importantes pero difíciles de cuantificar como la estabilidad familiar, el estigma relacionado con el VIH y la justicia social. Además de ayudar a los clientes a reducir su riesgo de contraer el VIH, muchas intervenciones también los ayudan a conseguir vivienda estable, dejar relaciones abusivas o ingresar a programas para dejar las drogas. Esto no es fácil de medir usando los modelos de costo-efectividad.

Los cálculos de costo-efectividad de los programas de prevención del VIH no se pueden generalizar fácilmente, pues dependen de tasas de infección y conductas arriesgadas que pueden variar mucho entre grupos y comunidades. A diferencia de una cirugía, que tiene las mismas posibilidades de obtener buenos resultados en Cleveland que en Dallas, la eficacia de los programas de prevención del VIH puede variar de acuerdo con las características de la epidemia en una comunidad en riesgo.⁵

Cada vez más se les pide a los programas de prevención del VIH que “comprueben su valía” demostrando que reducen costos o que son costo-efectivos. El hecho de que un programa no le ahorre dinero a la sociedad no significa sea inadecuado o innecesario. Un programa que no ahorra dinero puede seguir siendo costo-efectivo; o bien, puede ser un servicio que la sociedad necesita y desea aún cuando no reduzca costos ni sea costo-efectivo.

¿Quién lo dice?

1. Holtgrave DR, Pinkerton SD. Updates of cost of illness and quality of life estimates for use in economic evaluations of HIV prevention programs. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 1997;16:54-62.

2. Holtgrave DR, Pinkerton SD. The economics of HIV primary prevention. In JL Peterson & RJ DiClemente (eds). *Handbook of HIV Prevention*. New York: Plenum Press, 2000; 285-296.

3. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality slide series. <http://www.cdc.gov/hiv/graphics/mortalit.htm>.

4. Kahn JG. The cost-effectiveness of HIV prevention targeting: how much more bang for the buck? *American Journal of Public Health*. 1996;86:1709-1712.

5. Pinkerton SD, Johnson-Masotti AP, Holtgrave DR, et al. Using cost-effective league tables to compare interventions to prevent sexual transmission of HIV. *AIDS*. 2001;15:917-928.

6. Kahn JG. Economic evaluation of primary HIV prevention in intravenous drug users. In Holtgrave DR, ed. *Handbook of Economic Evaluation of HIV Prevention Programs*. New York: Plenum Press, 1998.

7. Pinkerton SD, Holtgrave DR, Johnson-Masotti AP, et al. Cost-effectiveness of the NIMH Multisite HIV Prevention intervention. *AIDS and Behavior*. 2002;6:83-96.

¿qué programas son costo-efectivos?

Se ha comprobado la costo-efectividad de varias estrategias de intervención para usuarios de drogas inyectables: el intercambio de jeringas (unos \$4,000-40,000 por infección de VIH evitada, o IVE), pruebas del VIH y consejería (\$5,000-10,000 por IVE) y tratamiento de la drogadicción (\$40,000 por IVE, una cifra que tal vez no incluya otros beneficios importantes como la reducción de la delincuencia).⁶

*El proyecto LIGHT, un ensayo clínico de prevención del VIH con selección al azar y un grupo de control que se realizó en varios sitios, puso a prueba una intervención de siete sesiones de grupo. El proyecto LIGHT encontró que la intervención de varias sesiones fue más eficaz para reducir el riesgo sexual comparada con la de ver una sola vez un video de una hora. Sin embargo, la intervención de siete sesiones también fue la más costosa de implementar. El análisis de costo-efectividad demostró que la intervención de varias sesiones no sólo fue más eficaz que la sesión de video para reducir el riesgo, sino que también fue la más costo-efectiva.*⁷

Safer Choices (Opciones Más Seguras) es un programa escolar para prevenir el VIH, las ETS y el embarazo. Este programa logró un incremento del 15% en el uso de condones y un incremento del 11% del uso de métodos anticonceptivos entre los estudiantes sexualmente activos. Al evitar casos de VIH, clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria y embarazo, Safer Choices ahorró \$2.65 en costos médicos y sociales por cada dólar gastado en el programa.⁸

*El proyecto Mpowerment es una intervención comunitaria dirigida por y para hombres jóvenes gay y bisexuales. Mpowerment se realizó en una ciudad mediana con pocos casos de VIH. Los jóvenes emplearon el fortalecimiento comunitario y la influencia de pares para cambiar las normas de la comunidad homosexual. El programa resultó ser costo-efectivo a pesar de tener componentes que consumen muchos recursos como el personal, el alquiler de un espacio y el tiempo dedicado a la organización de funciones sociales. Se calcula que Mpowerment evitó 5-6 infecciones de VIH durante el transcurso de 5 años, con un costo por IVE de \$14,600-18,300.*⁹

En los países en vías de desarrollo, donde hay una enorme necesidad de campañas agresivas de prevención del VIH, se ha comprobado que las intervenciones son costo-efectivas. Esto se debe a la gravedad de la epidemia y a los bajos costos de los programas y de personal en estos países. Algunos cálculos de intervenciones costo-efectivas incluyen: control de ETS entre trabajadores sexuales comerciales (\$8-10 por IVE), promoción del uso de condones femeninos entre mujeres con alto riesgo (reduce costos), pruebas del VIH y consejería hechas en forma voluntaria (unos \$70 por IVE en parejas VIH-discordantes, \$300 en general), control comunitaria de ETS (\$350 por IVE) y reducción con nevirapina de la transmisión madre-a-hijo (\$300-500 por IVE).¹⁰

¿qué demuestra el análisis de costo-efectividad?

- Suponiendo que todos los otros factores sean iguales, **las intervenciones dirigidas a áreas de alta seroprevalencia tienden a ser más costo-efectivas** que otras intervenciones no dirigidas.
- **Bajo costo no significa costo-efectivo.** Si un cliente necesita una intervención intensiva, gastar el dinero en esa intervención podría ser la opción más costo-efectiva a largo plazo.
- **Alcanzar a más clientes por la misma cantidad de dinero no necesariamente produce el mejor resultado.** Repartir folletos a todo mundo genera pocos cambios de comportamiento. En cambio, se pueden producir cambios de conducta notables al trabajar intensivamente con personas de alto riesgo en cómo usar condones correctamente, cómo hablar con sus parejas sexuales sobre su deseo de protegerse en el sexo y a que reconozcan y eviten situaciones riesgosas.¹¹

¿qué queda por hacer?

Los análisis de costo-efectividad pueden ayudar a determinar cómo salvar el máximo número de vidas con fondos limitados. De no tomarse en cuenta la información sobre estos análisis, se puede malgastar los escasos fondos de prevención y por lo tanto perder la oportunidad de salvar vidas.¹² Con este fin, se necesitan modelos más sencillos de costo-efectividad y mejor asistencia técnica para ayudar a quienes toman las decisiones sobre la salud pública a sacar el mejor provecho de ésta información.¹³

PREPARADO POR JAMES G. KAHN*, STEVEN D. PINKERTON**, DAVID R. HOLTGRAVE***

*INSTITUTE FOR HEALTH POLICY STUDIES, UCSF; **CENTER FOR AIDS INTERVENTION RESEARCH, MEDICAL COLLEGE OF WISCONSIN; ***ROLLINS SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, EMORY UNIVERSITY

TRADUCCIÓN ROCKY SCHNAATH

8. Wang LY, Davis M, Robin L, et al. Economic evaluation of Safer Choices. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*. 2001;154:1017-1024.

9. Kahn JG, Kegeles SM, Hays R, et al. Cost-effectiveness of the Mpowerment Project, a community-level intervention for young gay men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2001;27:482-491.

10. Marseille EA, Hofmann PB, Kahn JG. HIV prevention should be funded before HAART in Sub-Saharan Africa. *Lancet*. In press

11. Centers for Disease Control and Prevention. Compendium of HIV Prevention Interventions with Evidence of Effectiveness. November 1999.

12. Institute of Medicine. No time to lose - getting more from HIV prevention. Washington, DC: National Academy Press; 2000.
www.nap.edu/books/0309071372/html/

13. Pinkerton SD, Holtgrave DR. A method for evaluating the economic efficiency of HIV behavioral risk reduction interventions. *AIDS & Behavior*. 1998;2:189-201.

Otras lecturas:

DR Holtgrave (ed). *Handbook of Economic Evaluation of HIV Prevention Programs*. New York: Plenum Publishers, 1998.

Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC (eds). *Cost-effectiveness in Health and Medicine*. New York: Oxford University Press, 1996.