

[**ECONOMÍA**]

PERSPECTIVAS PARA LA ECONOMÍA DE LA SALUD EN TIEMPOS DE CRISIS

Del 7 al 9 de septiembre se realizaron en ISALUD las Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, que este año tuvieron como telón de fondo los cambios políticos en América latina y el Caribe



Bajo el lema “Perspectivas económicas y futuro del sector salud en América latina y el Caribe”, la Asociación de Economía de la Salud (AES) realizó sus 25° Jornadas Internacionales y 26° Jornadas Nacionales de Economía de la Salud que del 7 al 9 de septiembre tuvieron lugar en la sede de la Universidad ISALUD.

Las jornadas incluyeron dentro de su temario problemáticas como el financiamiento internacional y las perspectivas a mediano plazo en el sector salud de Argentina y la región; el futuro de la seguridad social; la cobertura universal de salud y su implementación; las patentes y el acceso a los medicamentos y los escenarios económicos en el país y la región, entre otros temas.

El rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, se refirió a las contribuciones de la economía de la salud a la política y a la gestión sanitaria: “La pasión de la generación del 70 –señaló–, esa que soñaba cambiar el mundo, dejó el sinsabor de no haber podido crear una masa crítica de los beneficios que hubo, por ejemplo, en el proyecto del sistema integral de salud. No hay ninguna evaluación

ni testimonio escrito, y eso es casi como quedarte sin historia, que es lo peor que le puede pasar a una civilización, institución o persona. Cuando estuve por segunda vez en la función pública, que fue en la Provincia de Buenos Aires, peleaba para dejar una masa crítica que es como se construyen las sociedades”.

El ex ministro de Salud de la Nación sostuvo que para darle entidad a una organización se necesita fortalecer la labor interdisciplinaria, no eludiendo el debate entre lo público y lo privado, haciéndolos complementarios y no excluyentes, construyendo conocimiento y haciendo que se disemine y aplique. “Más vale que el desarrollo se aplique sectorialmente –opinó González García– porque eso al menos va a ir contrarrestando a esa Argentina que tiene tantos investigadores, pero no tiene casi aplicación de ese conocimiento de la ciencia. Y si ustedes observan casi no hay patentes vinculadas al esfuerzo de la investigación. Algunas veces he tenido problemas al decir que la pregunta en la Argentina no debe ser por el costo de la investigación, es decir su financiamiento, sino sobre cuánto de esa investigación ter-

mina en un beneficio directo o en investigación aplicada”. En una de las mesas más escuchadas, coordinada por Arturo Schweiger (AES Argentina), debatieron los principales actores del sector de la seguridad social, bajo el lema ¿Hacia dónde vamos?, en un panel que estuvo integrado por el director general de prestaciones del IOMA, Nils Picca; el Superintendente de Servicios de Salud (SSSalud), Luis Scervino; el titular del PAMI, Carlos Regazzoni; y el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres.

Nils Picca brindó un panorama del sistema de salud argentino y del IOMA, que cubre a los empleados provinciales y municipales de la provincia de Buenos Aires. Según el funcionario fue alto el crecimiento de afiliados que tuvo la obra social en los últimos años: “Entre 2010 y 2016 la población de la provincia creció un 7,2%, en tanto la población de afiliados del Instituto lo hizo en un 10% –afirmó Picca–. El gasto en prestaciones fue en aumento durante los últimos años y desde 2010 alcanzó un 336%, en parte por las nuevas tecnologías, también por la inflación y las consultas médicas (11.700.000 por año, con una tasa de uso de 6, la esperable, entre prepagas y obras sociales sindicales), pero uno de los puntos críticos ha sido la falta de auditoría en muchos de los procesos que existen. No había control de las actividades ni supervisión de compras ni prestaciones”.

Se duplicó la tasa de uso promedio de todas las obras sociales sindicales y ahora el Instituto está en un trabajo de auditoría y protocolización: “No es fácil de llegar al dato –apuntó Picca– porque cada base de información que uno ve difiere de la otra y se requiere un proceso muy fuerte de depuración, no había una eficiente asignación de recursos y a eso se sumaba una dispersión importante a nivel regional. Ahora el objetivo es ir hacia una mayor cobertura, contar con más usuarios y en definitiva tender a una mayor inclusión”.

Luis Scervino, superintendente de Servicios de Salud, organismo que alcanza a un universo muy amplio de beneficiarios –alrededor de 15 millones de personas–, hizo una reseña histórica de los fuertes embates sufridos por las obras sociales sindicales y que han puesto al sistema más de una vez al borde de la quiebra. Repasó los años en los que las organizaciones estuvieron intervenidas y gran parte de las

obras sociales fueron saqueadas; y el posterior advenimiento de la democracia y la profundización del desempleo, que impactó fuertemente en el crecimiento de las obras sociales. Hasta que en los 90 se agregaron a los monotributistas (a la fecha 1.800.000), un grupo que le genera al sistema una caída muy grande de los ingresos.

“Según nuestros cálculos más de 60.000 millones de pesos fueron transferidos del sector asalariado hacia otro sector más pobre aún –apuntó Scervino–. Hoy es un milagro que las obras sociales sigan brindando servicios porque desde todos los sectores se las golpeó para que el sistema se vaya destruyendo, y ante esta situación de arrastre nos encontramos con un escenario dominado por el mantenimiento de un elevado gasto en la atención, el envejecimiento de la población, y la tecnología. Hay nichos de ineficiencia que son propios del sector, es cierto que estamos segmentados y fragmentados, pero el sector público, el privado y también las empresas de medicina prepaga, cada uno en su sector tienen nichos terribles de ineficiencia. Por eso, decir que estamos fragmentados, es una parte de la realidad, pero no toda”.

Otros aspectos que preocupan al sector son la pérdida progresiva del componente solidario; el alto grado de judicialización (cuando no se le brinda al paciente el tratamiento que requiere); y la variación del costo de la atención médica a lo largo de los años vinculado con el índice del precio al consumidor: “Hay una brecha del 30% y esto es un problema en la Argentina y en el resto del mundo, lo que algunos llaman la inflación médica”. Pero si vamos a otro índice que es la variación del ingreso promedio, y que en el caso de los beneficiarios está relacionado con los acuerdos paritarios, de 2004 a 2013 fue creciendo a partir de las distintas negociaciones, el costo del PMO está muy por encima de lo que aumentaron los recursos propios del sector generando una brecha de casi el 30%”. Entre un 21% y 34% de todo el gasto que tienen las instituciones corresponden a procesos o servicios que no aportan valor, en términos de salud y de calidad de vida: “Si esto no lo tratamos, nunca vamos a tener presupuesto que alcance”, aseguró Scervino.

El titular del PAMI, Carlos Regazzoni, destacó que hay cuatro o cinco conceptos que deben asumirse a modo de desa-

“La población de América latina está envejeciendo y esto implica seguramente más gastos en salud. Si bien hubo mejoras estamos lejos de tener un ingreso equitativo y el financiamiento externo puede ayudar, pero hay que saber cómo y dónde gestionarlo. Lo que sí puede hacerse es trabajar mucho en prevención y en cómo ser eficientes. Nos encontramos con una situación débil y donde ya no tenemos el espacio que supimos tener, por eso no es posible apostar a aumentar el gasto como respuesta a la mayor demanda. El financiamiento externo puede contribuir a encontrar políticas alternativas y espacios de innovación que ayudan a manejar esta potencial crisis, como en su momento lo fueron el Plan Remediar o Sumar”.



Rafael Rofman (Líder en programas de salud del Banco Mundial-BM)

fio: el primero es la equidad, (“es inadmisibles una Nación sin equidad en salud”, opinó); el segundo punto es el demográfico (“la población va adquiriendo una vulnerabilidad y una necesidad de salud que es inédita pensando en un sistema que va a tener que darle salud a una población anciana”); lo tercero, es qué se va a hacer con los medicamentos (“este es el determinante número uno en el gasto en salud”); y un último trazo que es la tecnología (“ni en el transporte, las telecomunicaciones, ni en las transferencias bancarias, el vínculo tecnológico es tan complejo como en el sistema médico asistencial”).

¿Hacia dónde debería evolucionar el sistema de salud argentino? Para dar una respuesta a estas características del mundo actual, Regazzoni apuntó a una especie de institucionalización del sistema: “La sensación que uno tiene –dijo– es que el sistema funciona como una especie de torbellino y no alcanzamos a ponernos de acuerdo en cuáles son las propuestas de la economía de la salud para una eficiente organización del sistema sanitario. Hay tópicos que atender como la mejora en la prestación de servicios; la accesibilidad a tecnologías de alto costo; los modelos de financiamiento hospitalario; determinación de precios de medicamentos y de cuotas de prepagas; y los aportes de la economía de la salud para la definición de coberturas explícitas, entre otras”.

Los desafíos futuros en el sector apuntan a pensar y pasar en un modelo de prestación netamente asistencialista a otro que debe ser mejorado hacia un modelo de gestión de la enfermedad (la prevalencia de las enfermedades crónicas) que gran parte de las organizaciones no la saben manejar. Hay que hacer una gestión de enfermedades crónicas, presentar un indicador de la evolución de esos pacientes, regular la incorporación de prestaciones y medicamentos al PMO, orientar la cobertura y el financiamiento de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que sean costo efectivos, reformular la capacidad

instalada del sector y diseñar un plan maestro de infraestructura a nivel nacional para toda la seguridad social.

El rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres, sostuvo que la seguridad social ha sido a lo largo de los últimos 50 años en la Argentina el sostén de los niveles de salud de la mayoría de los argentinos. Al abordar el tema de la fragmen-



“La situación actual es bastante menos dramática que la de 2001, pero es más sutil. ¿Cuál es el problema que se va a plantear el año que viene o en los próximos meses? La manera en cómo respondan los salarios a una inflación que ha sido alta en el pasado y que se promete que va a ser baja. Los salarios reales han caído –no tan dramáticamente– como en otras oportunidades y la puja va a estar esencialmente en si se hace el ajuste hacia adelante con una recuperación parcial del salario real, o no se hace”.

Daniel Heymann (Universidad de Buenos Aires)

tación y segmentación del sistema, se refirió a la familia tipo que se ve sometida a lo que se conoce como la atención aleatoria de la salud, es decir aquella que se atiende para comprar medicamentos en una obra social, para la alta complejidad en otra, y para la atención de todos los días en una tercera, pero “ninguna de las tres le puede brindar la atención que nece-

sita. Es decir, se podría solucionar esto si tuviera la posibilidad de fusionar sus aportes en la obra social que le parezca más adecuada a sus intereses y necesidades. Y para que esto se pueda hacer solo falta decisión política”.

La mesa sobre el *Enfoque de la Cobertura Universal en Salud y su implementación en América latina y el Caribe*, fue coordinada

por Alejandro Costa (AES Argentina). Rosa Márquez (AES Brasil) destacó que en su país el gasto público es bajo comparado con otros sistemas que se proponen tener a la salud como un derecho universal: “El financiamiento público está prácticamente en todos los segmentos del sistema de salud –aseguró–. El gasto en salud representa el 9% del PBI que no es bajo, pero cuando separamos la participación pública y la privada, vemos que el gasto privado es más alto. Tenemos 3.9% de financiación pública y Brasil es un país muy desigual”.

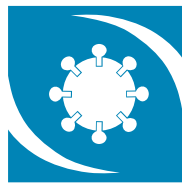
Al referirse a los problemas que tiene Brasil en su sistema, enumeró el sub-financiamiento, la inequidad y el acceso: “Tiempo atrás podía decir que un 80%



“La economía de la salud en tiempos difíciles debe dar una respuesta independiente y comprometida; equilibrar ciencia, acción y conciencia; poner mayor énfasis en el reto de la sostenibilidad interna; combinar en el corto plazo con la necesidad de reformas institucionales. De todo esto emerge lo que damos en llamar el buen gobierno, que sería algo así como una precondition para reducir la grasa del cuerpo, pero sin sacrificar ni el músculo ni el hueso. Los recortes lineales e indiscriminados son como amputaciones que destruyen activos y complican el sinceramiento. Vivir con sobriedad puede ser un buen concepto para sustituir el de austeridad, sacar lo superfluo e innecesario y darle al sistema sanitario un poco de sobriedad bien gobernada”.

José Ramón Repullo Labrador (Jefe de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad del Instituto Carlos III, Madrid)

de la población tenía la cobertura del SUS (Sistema Único de Salud), durante las presidencias de Lula y Dilma se aumentó la participación de los planes de seguros de salud hasta una cobertura del 25% de la población brasileña. Las familias pueden participar del SUS y del seguro social de salud, de



HELIOS
S A L U D
DR. STAMBOULIAN

CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN MÉDICA INFECTOLÓGICA



✓ CONSULTORIOS INFECTOLÓGICOS



✓ ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE VIH



✓ TEST DE VIH GRATUITO

✓ LABORATORIO



✓ VACUNAS PARA ADULTOS

✓ HOSPITAL DE DÍA Y ENFERMERÍA

✓ ÁREA PSICOSOCIAL

✓ ACCIDENTES CORTO-PUNZANTES

✓ HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA

PRIMERA INSTITUCIÓN CERTIFICADA EN EL
ÁREA DE SALUD POR GS1 EN ARGENTINA



CASA CENTRAL: PERÚ 1511/15 (C.A.B.A.)
SEDE BELGRANO: SUCRE 1523/25 (C.A.B.A.)
SEDE FLORES: CARABOBO 825 (C.A.B.A.)

TELÉFONOS:
C.A.B.A. Y GBA: **[011] 4363 7400 / 7499**
DESDE EL INTERIOR: **0810 999 8660**

RED DE PRESTADORES EN TODO EL PAÍS
WWW.HELIOSSALUD.COM.AR

facebook/HeliosSaludArg 

ambos al mismo tiempo, no es excluyente pero ahora la situación cambió porque estamos en el tercer año de recesión en Brasil, el desempleo aumentó y la gente perdió sus planes de seguro social de salud”.

Pero Rosa Márquez advirtió sobre otro aspecto aún más preocupante de la situación que se vive hoy en Brasil: el Gobierno actual encaminó en el Congreso Nacional un cambio en la Constitución Brasileña, que es una propuesta a congelar el gasto público del Gobierno Federal por 20 años: “Si congelan el gasto una de las principales consecuencias serán para la educación y la salud, ni siquiera vamos a tener la posibilidad de soñar en cómo superar el problema del sub-financiamiento pero peor aún, nos sacan los sueños de pensar en el SUS como un sistema para todos. Porque la población seguirá aumentando en un proceso rápido de nuestra tasa de fecundidad y son las personas mayores las que van a tener un peso importante”, concluyó la representante de AES Brasil y con un fuerte rechazo final a la actual gestión de su país. Ana Balsa (AES Uruguay) se refirió al Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) en su país, reforma que se basó en tres grandes ejes: cambios en el modelo de financiamiento, de atención y de gestión. Lo primero y más importante fue la creación del Fonasa que amplió un sistema de seguro social que solo habilitaba a empleados formales, incorporando a independientes y a jubilados pasando de tener un millón de personas a 2 millones y medio: “El gran cambio que hubo en Uruguay en 2008 –explicó Balsa– fue ese aumento de los beneficiarios del seguro social del Fonasa, a los que se les sumó otros

casos en términos de financiamiento como empezar a pagar cápitas ajustadas por riesgo, a los prestadores integrales, generar una contribución de sueldo obligatoria y proporcional al ingreso y a la estructura de la familia, y también hubo cambios en los copagos, para que dejaran de ser figuras recaudatorias”.

“La carga de la enfermedad es una metodología que es realizada a través de un proceso de estudio multi-céntrico, en el que participan más de 1.300 colaboradores alrededor del mundo, en más de 115 países, y lo que hace es construir una métrica compuesta entre morbilidad, discapacidad y mortalidad que produce anualmente el Instituto para Métrica de la Universidad de Washington. Es un monstruo estadístico y epidemiológico que ha hecho más activa un área de la salud como la epidemiología. Lo que a uno le importa como hacedor de políticas no es saber el tamaño del problema si no cuál es su potencial solución. Tomar 33.000 bases de datos anualmente revela la complejidad de hacer unas metodologías que sean comparativas a través del país y del tiempo”.

Cristian Baeza (Universidad de Washington, Seattle, Estados Unidos)



“Los más grandes en un país como el nuestro ya sabemos que cuando sube el tipo de cambio acelera la inflación, es como algo que uno aprende de chico. Y baja el salario real. Cuando se está frente a una situación así la única manera de desacelerar la inflación es anclando el tipo de cambio, que es fundamental para la competitividad. ¿Qué significa mejorar la competitividad? Que los salarios en dólares sean más bajos porque es el principal costo de la economía. Uno necesita un salario en dólares más bajo para poder competir con países con salarios en dólares mucho más bajos y mucha más productividad que nuestro mercado”.

Roberto Frenkel (CEDES/UBA)

A su turno, Roberto Gaete (AES Paraguay) destacó que cobertura universal en su país, todavía presenta grupos poblacionales que no acceden a los servicios de salud y por lo tanto el desafío es avanzar en la horizontalidad garantizando al menos la atención primaria, y luego abordar el eje vertical, que implica el armado de un listado básico de medicamentos que se puedan cubrir y cuáles no, más allá del discurso que los instrumentos de aplicación de la política sanitaria están restringiendo a la población de determinados servicios. “En los países que han logrado la Cobertura Universal en Salud los sistemas son predominantemente públicos –agregó el representante de AES Paraguay–, y el gasto público es de, al menos, el 6% del PBI”.

Para el presidente de AES Colombia, Jairo Humberto Restrepo Colombia se encuentra frente a una situación crítica, que en los últimos diez años abrió desafíos que implicaron enormes esfuerzos financieros difíciles de sostener y que a partir de la ley estatutaria del año pasado en Colombia se reglamentó el derecho fundamental a la salud: “La principal implicancia de esta ley es que Colombia abandona la metodología del plan explícito para retornar a un plan implícito. El 96% de

los colombianos se encuentran cubiertos por este plan y está financiado para recibir el mismo plan de beneficios, pero eso no impide que haya diferencias en el acceso que es uno de los problemas que se tiene”. Hoy 21,5 millones de personas están en el régimen contributivo y 23,2 en el subsidiado, 2,4 pertenecen a los regímenes excepcionales y queda 1 millón de personas sin cubrir. Colombia ha logrado pasar de una cobertura del 20% a cerca del 100% en términos de seguro de salud, toda la población recibe el Plan Obligatorio de Salud (POS) y el gran éxito es la reducción dramática del gasto privado al gasto de bolsillo, que gracias al seguro de salud ha logrado alcanzar la protección financiera. 