

SCIOLI: “SALUD Y EDUCACIÓN PÚBLICA SON LOS PILARES DEL ESTADO SOCIAL ACTIVO”

El gobernador bonaerense inauguró junto al rector honorario de ISALUD, Ginés González García, las Jornadas Nacionales e Internacionales de Economía de la Salud realizadas en el Teatro Argentino de La Plata; el financiamiento del sistema de salud, en el centro del debate



De izquierda a derecha: Alejandro Collia, ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires; Pablo Bruera, intendente de la ciudad de La Plata; Daniel Scioli, gobernador de la Provincia de Buenos Aires; Ginés González García, embajador argentino en Chile y rector honorario de la Universidad ISALUD; y Alejandro Costa, subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

“La salud y la educación pública son dos pilares fundamentales en un Estado social activo”, dijo el gobernador bonaerense Daniel Scioli al inaugurar las XXIV Jornadas Nacionales y XXIII Jornadas Internacionales de Economía de la Salud en la Sala Astor Piazzolla del Teatro Argentino de La Plata. Acompañado por el embajador argentino en Chile y rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García, Scioli puso en va-

lor “estas jornadas como una guía de trabajo para encarar los desafíos de la etapa que se viene porque la Argentina salió del infierno, amplió derechos, se recuperó, creció en estos años y ahora están dadas las condiciones para que encaremos una gran etapa de desarrollo”, afirmó y destacó la gestión de González García al frente del ministerio de Salud de la Nación. Del acto participaron el ministro de Salud de la Provincia de Buenos

Aires, Alejandro Collia; el subsecretario de Planificación de esa cartera, Alejandro Costa; el secretario general de la Gobernación, Martín Ferré; la ministra de Economía provincial, Silvina Batakis; el presidente del Grupo Provincia, Santiago Montoya; y el ex ministro de Economía Jorge Remes Lenicov, entre otros. “Los problemas de la medicina como rama del Estado pueden resolverse si las políticas sanitarias están

respaldadas por una política social. Del mismo modo se puede hablar de una política social si existe una economía organizada en beneficio de la mayoría”, señaló Alejandro Costa, subsecretario de Planificación del Ministerio de Salud bonaerense y presidente de la Asociación Economía de la Salud (AES), en el acto inaugural de las jornadas que este año tuvieron como foco el Financiamiento del Sistema de Salud. Las palabras aludidas rindieron un justo homenaje a su autor intelectual, el sanitarista argentino Ramón Carrillo y que resumen el espíritu de estos encuentros, donde se ahondaron los temas sobre equidad y economía, los logros y desafíos en Argentina y América latina; las modalidades innovadoras en compras y contratación de servicios; los incentivos en las organizaciones sanitarias; las redes de servicios; el federalismo, financiamiento y equidad; los gastos en salud y las experiencias internacionales en financiamiento, entre otros grandes temas.

Pensar un modelo de financiamiento que integre potencialidades y compense diferencias, de eso trataron estas jornadas. Al respecto –y luego de las palabras de apertura del intendente de la ciudad de La Plata, Pablo Bruera–, se refirió el Ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia: “La transición demográfica que vive la provincia y el país, y tantos años de democracia nos obligan a generar consensos para llevar adelante las políticas que conduzcan hacia un sistema de salud con jerarquía y el nivel adecuado de prestación, lo que nos genera grandes desafíos”. Collia hizo hincapié “en la elaboración de datos para intervenciones adecuadas, la búsqueda de consensos con la participación de sectores, sobre todo de la actividad gremial, que nos dieron las herramientas

“Distribuir hacia los más pobres”

Ginés González García

Rector honorario de ISALUD y embajador argentino en Chile



más grave que es la exclusión. Y esta batalla contra la desigualdad y por la equidad tiene que seguir teniendo a la salud como factor central. Si uno quiere mejorar los indicadores de un país lo primero que tiene que hacer es distribuir salud, en especial entre los más pobres. Crear un puente no sólo entre la economía y la salud, entre la investigación y la técnica, y entre la técnica y la política, y eso desde la AES lo hemos hecho bastante bien.

La salud sigue siendo el sector con más capacidad de distribución de igualdad, más dinámico aún que la educación, como distribuidor social y reductor de la desigualdad. Si uno no conserva la salud no tiene posibilidad de incorporarse al mundo del trabajo. Mi generación luchaba contra la explotación pero ahora tenemos un problema

para que la provincia produzca 70 millones de consultas anuales, 960.000 egresos anuales, y que haya reducido su tasa de mortalidad infantil, que es la más baja de toda su historia y de la que se tenga registro a partir de 1954”.

Equidad y economía

En la conferencia de apertura la ministra de Economía de la Provincia de Buenos Aires, Silvina Batakis, señaló que “la inequidad genera barreras para el desarrollo” y que “nacer en distintos lugares no tiene por qué ser un condicionante para tener una mejor salud, debería ser considerado un bien colectivo, social y comunitario”. En tanto el ex ministro de Economía, Jorge Remes Lenicov, apuntó que hay que remontarse a los años 60 y 70 para “encontrar un comportamiento de crecimiento de la economía similar al de 2003 a 2008”.

El economista se preguntó si ese crecimiento económico es sustenta-

ble en el tiempo: “Y es ahí donde comienzan las dudas que no son sólo propias sino que también las tienen organismos internacionales como la Cepal, que hace muy buenos seguimientos. En los últimos años no se produjeron cambios de fondo, no aumentó la inversión, ni se diversificó la exportación, y la inversión en tecnología fue relativa sacando a Brasil. Cuando los precios empezaron a bajar América latina se pinchó”.

Para Lenicov, la región tiene una estructura económica y social muy heterogénea, con grandes brechas entre los niveles de productividad de una pyme y una gran empresa. Si no hay inversión, no hay infraestructura ni ampliación de capacidad de producción. Ligado al bajo nivel productivo, le sigue el rezago tecnológico que promueve pocos científicos en ciencias duras. “Los asiáticos tiene 400.000 estudiantes en Estados Unidos, India

250.000 -apuntó el ex ministro-, y están duplicando su gasto en inversión. Esta falta de desarrollo en educación y tecnología, hace que nos cueste diversificar las exportaciones y exportar con valor agregado, la productividad es el corazón de la economía, si no se avanza en ese sentido vamos a tener problemas”.

Santiago Montoya, del Grupo Bapro, analizó los cinco aspectos de la salud que en su opinión tendrán importancia en la llamada sociedad de la información: la medicina preventiva se priorizará sobre la curativa; la promoción de la salud, los centros de salud y de pronta

atención tendrán prioridad sobre los hospitales tradicionales; las acciones diagnósticas y terapéuticas a distancia tendrán un papel fundamental; la utilización de nuevas tecnologías de la información y comunicación, modificarán el modelo y su relación con los pacientes; y una tendencia a pasar de un sistema centrado en el médico a otro centrado en el paciente.

Bienes y servicios

Al presentar la primera exposición sobre Modalidades Innovadoras de Compra y Contratación de Bienes y Servicios en Salud (Bienes, medicamentos, insumos y otras tecno-

logías), Sonia Tarragona –de AES Argentina– resaltó la importancia de los temas vinculados a recursos escasos, necesidades crecientes y la urgencia cada vez mayor de encontrar nuevos mecanismos y procesos que ayuden a mejorar la eficiencia en las compras y de poder hacer más con lo mismo o poder hacer con menos un poco más.

“Sabemos que los gastos en salud son una variable que no para de crecer, el aumento del gasto sanitario a nivel global crece mucho más que el PBI de los países, y por lo tanto esto exige de mucha creatividad para alcanzar mejores resultados frente a demandas más crecien-

“La salud como ancla de salvataje”

Pier Paolo Baladelli (OMS/OPS)



Seis de las veinte ciudades más grande del mundo están en América latina y esa rápida urbanización deja una parte de la población en el territorio rural y a la que se le hará más difícil el acceso. La sostenibilidad de la inversión en los sistemas de salud es el último gran desafío para mantener el acceso universal. La crisis de los 70 y la de 2008 se basaron en hipotecas para sostener la financiación y en ese contexto los países latinoamericanos sufrieron aún sin estar directamente involucrados y vieron resentidas sus economías. En este tipo de contextos, la inversión en salud es como un ancla de salvataje para los períodos en crisis y aquellas políticas que tienden a persistir en la inversión en salud se han vuelto muy acertadas y compartidas por los gobernantes, de cuyo liderazgo dependen que se pueda llevar adelante una buena administración en tiempos de crisis para encarar reformas que permitan fortalecer sistemas con menor segmentación en cuanto a la financiación.

“El gasto de bolsillo es regresivo”

Camilo Cid Pedrazza (AES Chile)

Nuestros sistemas de salud en la región se caracterizan por tener un financiamiento segmentado. Brasil y Costa Rica parecen tener un sistema más integrado. Y dentro de esta consideración hay algunos que tienen su sistema más consolidado, como el caso argentino, y otros son más débiles, como El Salvador, Nicaragua y Honduras, mientras que Chile en términos de gastos es uno de los menos segmentado: es el de menor brecha. Según un informe de la OMS de 2010, se recomienda a los países en desarrollo, aspirar a tener un gasto público de entre el 5% y 6 % del PBI, ya que esos países han logrado tener coberturas más ambiciosas para su población y una disminución importante del gasto de bolsillo. América latina es una de las regiones con más alto gasto de bolsillo en el mundo, y el gasto de bolsillo es regresivo y poco inteligente para un país gastar de esa manera.



tes. Hay que demostrar que con los recursos disponibles, asumiendo riesgos compartidos y un poco de creatividad se pueden encontrar nuevas formas de hacer las cosas”, remarcó Tarragona.

En el debate participaron Santiago Torales, del Ministerio de Salud de Santa Fe; Gerardo Machnicki, líder científico del departamento médico de Novartis; Marcelo Reli, director de auditoría y fiscalización de IOMA, y José Priegue, coordinador general de la Unidad de Financiamiento Internacional del Ministerio de Salud de la Nación. El funcionario de Santa Fe, admitió que el gasto es creciente y “hay que innovar la intervención para que la nueva tecnología llegue a la gente con equidad”. Señaló que el sistema actual de regulación “no favorece a la gente” y destacó una propuesta que son “los pagos por resultados o acuerdo de riesgos compartidos para facilitar el acceso a fármacos”. A su entender, lo que más impera en la Argentina es la necesidad de aplicar el sentido común, y se preguntaba también en porqué no compartir objetivos de mejorías de resultados, garantizando equidad en el acceso, para pacientes que puedan beneficiarse en terapéuticas.

En la Mesa de *Redes de Servicio, su capacidad resolutoria y el uso racional de recursos*, intervinieron Fernando Avellaneda (del ministerio de Salud de Tucumán); Ana Speranza (del Ministerio de Salud de la Nación); y Carlos Espelt (de la obra social Construir Salud). También lo hizo el director del Hospital El Cruce, Arnaldo Medina, quien explicó la experiencia del trabajo en redes en dicho centro de alta complejidad.

“En el tema del trabajo en redes no se puede obviar la fragmentación y que hoy el 70% es enfermedad

“Fuerte desigualdad tributaria”

Verónica Serafini (AES Paraguay)



Siempre hemos tenido el triste privilegio de estar entre los países con más bajos indicadores de salud, muy por debajo del promedio latinoamericano. En Paraguay sigue habiendo una fuerte desigualdad en materia tributaria, y es el último país de la región que incorporó el impuesto a la renta personal el año pasado. Para tener una idea de esto, el 10% más pobre aporta el 18% de sus ingresos en impuestos, frente al 10% más rico que aporta solo el 4% de sus ingresos. Mientras que en salud el decil más pobre recibe solo el 6% de los recursos públicos gastados frente al decil más rico que recibe el 12%, las desigualdades son tanto por el lado del gasto como por el lado de quienes financian el sistema. El gasto de bolsillo en Paraguay es del 57%, entre los de mayor gasto de bolsillo, pero sí dos cambios importantes fueron la implementación en 2008 de un plan de atención primaria de la salud y la demanda por aseguramiento, que sin embargo esta mayor cobertura por aseguramiento puede llegar a profundizar la ineficiencia.

crónica, un 20% de enfermedad aguda y apenas un 10% derivada de accidentes. Nuestro sistema de salud no está preparado, y a nivel global ocurre también lo mismo, para atender la condición de salud crónica de nuestra población, que requiere hoy un tipo de respuesta muy distinta al de la población con condiciones de salud aguda. La solución para el problema de la fragmentación es una propuesta muy desarrollada y con apoyo de la OPS, que plantea territorialmente organizar redes de atención de la salud, con el nuevo enfoque de los sistemas de salud orientados hacia la atención primaria”, explicó Medina.

Las redes plantean trabajar en forma integrada y proactiva, asignando el financiamiento a una población, a un territorio específico, integrando verticalmente los niveles de atención. “Es necesario-agregó Medina- pensar el universo

en red y el cambio más importante que hay que dar es el cultural, a través del empoderamiento de nuestros recursos humanos que están en las áreas médico administrativas y en relación con el paciente. Sin dejar de lado un gran desafío que es la motivación, cómo alcanzamos cierta identidad que nos dé sentido de pertenencia para que nos relacionemos mejor”.

Salud más equitativa


Daniel Maceira, investigador titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), señaló la necesidad de abordar el problema de las enfermedades no transmisibles porque “es el centro epidemiológico que tiene el país”. Destacó que las autoridades sanitarias avanzaron sobre el tema pero aún así “hay que aumentar el monitoreo del control de la epidemia y reducir la exposición de las personas a este tipo de enfermedades.

El sesgo de las enfermedades no transmisibles tiene un desarrollo en contra de la pobreza y tenemos que avanzar hacia una política más equitativa”.

El especialista en economía de la salud instó a seguir trabajando en la prevención y la asistencia porque actualmente el 85% de la población argentina muere de enfermedades no infecciosas.

Otros temas apuntados por Maceira fueron el de las estructuras regulatorias y el de los recursos humanos: “La tendencia tiene que ir hacia una estructura asociada con mayor capacidad desde el Estado regulador de dar señales acerca del comportamiento de los usuarios, de los pacientes, de mecanismos de prescripción, reglas que estandaricen el sistema de atención y de los sectores encargados de brindar el capital de inversión al sistema”.

Al referirse a la cobertura universal en salud, el rector de la Universidad ISALUD, Rubén Torres destacó que al definir y equiparar garantías de coberturas, se tiene que tener coberturas explícitas exigibles por todos los ciudadanos con independencia de sus ingresos, riesgos y coberturas: “No se puede tener un Programa Médico Obligatorio para la medicina prepaga y otro para las obras sociales, sino que hay que aspirar a tener un PMO para todos los argentinos. Y si no vean lo que sucede cuando los diputados votan el PMO y creen que están votando por los más pobres de la Argentina”.

Torres explicó que es un “imperativo ético” para el país y los diputados que votan el PMO acordarse “de las 15 millones de personas que están fuera y no les da alcance el Programa Médico Obligatorio, como sí se ocupa de los que tienen medicina prepaga y obras sociales” 



–¿Qué reflexión nos podés hacer de este nuevo encuentro?

–Las jornadas van a servir para la elaboración de nuevas herramientas que en función a un financiamiento y una distribución más justa nos permitan tomar las medidas necesarias y más acertadas dentro de nuestro sistema, que tiene como premisa mayor alcanzar la equidad en salud.

–¿Cuál son los objetivos desde la AES?

–Desde la AES nuestras metas son la de construir un pensamiento sanitario como estrategia para llevarnos de una situación de coyuntura a una a la que todos aspiremos de mejora de nuestro sistema de salud. Es importante la mirada financiera pero también la visión que hagamos como sanitaristas en aquellas cuestiones que tenemos injerencias directas como el modelo de atención y de gestión que estamos proponiendo.

–Aspectos esenciales de planificación.

–Es que a partir de estos elementos es que podemos hacer los cálculos desde el punto de vista económico y financiero que nos permitan determinar cuáles son los fondos necesarios y cuáles las fuentes de financiamiento, así como también las modalidades de transferencias de esos recursos que nos permitan una distribución equitativa y transparente.

–¿Qué posición tenés respecto a la crítica de muchas prepagas por la sanción de leyes de manera compulsiva?

–La posibilidad de generar leyes que amplían la cobertura en salud se tienen que hacer con un análisis frente a la necesidad, de manera tal que los distintos actores que intervienen puedan garantizar su sostenibilidad. Y para eso hay distintos

sectores que pueden aportar información, que te reporten los recursos existentes y cuáles los que faltan, cuáles los procesos para que ese derecho pueda ser garantizado. Soy de los que piensa que el condicionante económico no puede ser un limitante de los derechos de la salud.

–¿Cómo ves este cambio de paradigma que va de los enfermos agudos a crónicos y qué debemos hacer?

–El cambio del perfil poblacional y epidemiológico, y el perfil de morbilidad que está teniendo la Argentina, va generando nuevos enfoques y el principal desafío que nos abre, creo yo, es la continuidad, el seguimiento longitudinal que nos permita promocionar antes de que a enfermedad aparezca y prevenir puntualmente la enfermedad crónica no transmisible a las cuales llega a la población por los cambios de hábitos. Un paciente que se hace atender, tiene que tener el sistema un control o rastreo preventivo que le permita hacer el correspondiente seguimiento de salud.

–¿De qué manera hacer eficaz el ordenamiento de la innovación tecnológica?

–Es un tema pilar del financiamiento hacia la equidad, pero esa incorporación no tiene que ser acrítica y tiene que estar basada en criterios de evidencia científica, en cuestiones de oportunidad acorde al momento que se decide esa incorporación tecnológica. Debe haber un equilibrio entre las posibilidades y las necesidades individuales y sociales, y es muy importante la protocolización clínica que permita una decisión ordenada de la utilización de la tecnología disponible. 