

[JORNADAS AES]



SALUD INCLUSIVA Y TRANSVERSAL: UN DERECHO QUE AÚN NO ALCANZÓ A TODOS

En esta oportunidad, las jornadas se enfocaron en sobrepuestos, falta de transparencia, el gasto y el precio de los medicamentos; la austeridad como dilema

Las 28° Jornadas Internacionales y 29° Jornadas Nacionales de Economía de la Salud, que se realizaron del 26 al 28 de junio en la Universidad ISALUD, dejaron varios debates planteados y distintos criterios para evaluar los avances y retrocesos que implican alcanzar acceso y cobertura universal de la salud a servicios integrales, adecuados, oportunos y de calidad como sugieren la OPS y la OMS. Ambos objetivos constituyen el fundamento de un sistema de

salud equitativo que ambas jornadas apuntaron a esclarecer tanto desde el campo académico como desde la experiencia en la gestión.

En la mesa de apertura sobre *Evaluación de Tecnologías ¿qué estamos haciendo y qué deberíamos hacer?*, Santiago Hasdeu, coordinador de la Red Argentina Pública de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (RedArets), destacó que si bien la Argentina en los últimos 10 años ha planteado distintos modelos organizacionales para

realizar las evaluaciones tecnológicas en salud, carecen en el ámbito público de financiamiento centralizado y sufren las oscilaciones en el apoyo de cada uno de sus nodos: no ha consolidado del todo la estandarización de los procesos y cuenta con limitaciones para establecer su agenda.

Esteban Lifschitz, del Instituto de Medicina para la Seguridad Social y Evaluación Tecnológica (Imset), apuntó que el 30% del gasto sanitario tiene que ver con el denominado

gasto de desperdicio, aquel que se termina naturalizando por las acciones de sobrepuestos, sobreuso y falta de transparencia en las operaciones que impactan fuertemente en las intervenciones costo-efectivas. “Este es un tema que debe estar en el centro del debate porque tiene que ver con la desinversión”, aseguró.

Al referirse a las nuevas tecnologías, Maximiliano Derecho, de la Superintendencia de Servicios de Salud, advirtió sobre las distorsiones que se generan en el mercado cuando la comercialización de medicamentos no se da mediante un registro sino que se busca colocar el producto (incluso en forma previa a tener el registro). “Si un producto está registrado y comercializándose en países de alta vigilancia sanitaria, los requisitos para registrarlos son menores. Esto genera una simplificación, pero también un problema, dado que no hay una política de precios que permita conseguir a priori el mejor valor a nivel mundial”.

Mónica del Cerro, jefa del área de salud del Defensor del Pueblo de la Nación, dijo: “Cuando hablamos del derecho a la salud hoy debemos hacerlo en un contexto en el que las nuevas tecnologías atraviesan a la



“Cuando hablamos del derecho a la salud debemos hacerlo desde un contexto donde las nuevas tecnologías atraviesan a la población y desde una perspectiva de género que permita alcanzar un derecho más inclusivo y transversal”, dijo Mónica del Cerro, de la Defensoría del Pueblo

población, con la aparición de nuevas enfermedades en paralelo con aquellas que se trasladan con las migraciones y desde una perspectiva de género que permita alcanzar un derecho más inclusivo y transversal”. Según el Observatorio de la Deuda Social de la UCA, en 2017 los pobres estructurales en el país eran del 16,7% de la población y en 2018 ya ascendía a 18,6%, mientras que los no estructurales subieron del 9,9% al 12,7 por ciento.

En el panel sobre *Acceso a medicamentos: problemáticas y estrategias desde una mirada global*, Tomás Pippo Briant, de la OPS, sostuvo que el Banco Mundial evalúa los balances que determinan que al menos la mitad de la población mundial sigue sin tener

acceso básico a los servicios de salud –casi 100 millones de personas todavía se ven afectados cada año por la pobreza extrema y deben pagar para cuidar su propia salud–. “Los pagos directos en promedio representan cerca de un 32% del gasto sanitario de los países y el de medicamentos es el principal componente del gasto de bolsillo en salud, que en muchos países de la región llega hasta el 80% y es el más regresivo porque afecta más a los que menos tienen”.

El coordinador de la Unidad de Medicamentos y Tecnologías Sanitarias de la OPS/OMS también señaló la falta de una estrategia política en América latina para consolidar un mercado de medicamentos genéricos y advirtió el ingreso de otros



ATENCIÓN AMBULATORIA INTERDISCIPLINARIA DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD

AV. RIVADAVIA 4684 CABA / 4901-9081

AV. CORDOBA 3534 CABA / 4862-0204

AV. PTE. PERON 1045 - SAN FERNANDO - PROV. DE BS. AS.

DR. EIZAGUIRRE 2431 - SAN JUSTO - PROV. DE BS. AS.

Web: www.cermisaludsa.com.ar

Mail: info@cermisaludsa.com.ar

con precios inaccesibles: “Hay informes que anticipan que en 2023 las nuevas drogas oncológicas costarán 200.000 dólares promedio por año por persona. ¿Quién puede cubrir esos tratamientos? También hay una presión muy fuerte para incorporar medicamentos con escasa o nula efectividad clínica. La marca es una forma de generar competencia monopolística y de diferenciar productos para mantener precios altos”. Desde la mirada de una organización sin fines de lucro, Felipe Carval-



“Hay informes que anticipan que para 2023 los nuevos oncológicos van a estar en un promedio por año de 200.000 dólares por persona. ¿Quién puede cubrir esos tratamientos?”, afirmó Tomás Pippo Briant, de la OPS

[MESA REDONDA]

“La peor devaluación no es la de la moneda, es la nuestra como sociedad”

“Si las nuevas tecnologías son la tormenta perfecta, pretender lograr los resultados de los países del primer mundo con nuestros recursos sería la utopía perfecta”, señaló Martín Sabignoso, del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), al abrir el diálogo con Arnaldo Medina, vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), en la mesa redonda coordinada por el rector honorario de la Universidad ISALUD, Ginés González García. Aprender de sus buenas prácticas y de sus desarrollos técnicos para adaptarlos a una realidad distinta, tener una visión sistémica para resolver los problemas y propiciar el armado de una doble agenda que trabaje sobre las circunstancias y las innovaciones del sistema, son algunos de los desafíos que se plantearon en el debate para alcanzar los objetivos en salud del nuevo milenio.

Ginés González García: –¿Es posible tener una salud de primer mundo con los recursos disponibles?

Martín Sabignoso: –Si uno revisa los gastos en salud de los países europeos son significativamente superiores al de los países de nuestra región; son países más ricos que al asignar más recursos porcentuales también tienen un gasto per cápita superior al nuestro. De todos modos, muchos países europeos están preocupados y ocupados por esta presión que se vive con las nuevas tecnologías, un proceso ineludible de transformación de su sistema de salud semejante a la situación experimentada después de la Segunda Guerra Mundial. Para cubrir las necesidades crecientes, no hace falta irse a Europa, Uruguay ha integrado recursos provenientes de la Seguridad Social y de Rentas Generales para tratar de tener mayor capacidad distributiva y mayor equidad.

Arnaldo Medina: –Hay algunas claves para considerar que a mí me gusta llamarlas las variables subjetivas de los sistemas de salud y que van más allá de la simple gestión. Tienen que ver con los modelos de atención y los sistemas de cuidados. No podemos dejar de soslayar la importancia de la descentralización y que en nuestro país ha estado marcada en buscar equilibrios fiscales más que a lograr ese ideal institucionalista que es llegar al lugar más cercano donde está la oferta y la demanda de servicios, con la mejor eficiencia técnica. En nuestro país fue todo al revés y yo creo que tenemos mucho para aprender de los países centrales que tienen políticas regulatorias muy fuertes, entre ellas, en la utilización de genéricos. Nosotros iniciamos una experiencia pero se la discontinuó y hoy tenemos mucho menos del 10% de utilización de los genéricos cuando en los países centrales llega hasta un 30%.


GGG: –¿Cuál es la clave de estos modelos exitosos?

MS: –Estos países han tenido una visión sistémica, es decir, las innovaciones que desarrollaron no fueron aisladas sino que trataron de estar conectadas para formar el sistema de salud. Hay una diferencia entre innovar y transformar porque cuando hablan de priorizar no están pensando solamente en evaluar las tecnologías sanitarias o en explicitar coberturas, sino también en que esas buenas iniciativas formen parte de una política más amplia para mejorar la eficiencia, y trabajan en la regulación de precios, creando equipos de salud que estén mejor formados y motivados, tratan de crear los incentivos adecuados para lograr los objetivos. Una visión sistémica es también tener confianza en el financiamiento público y de-

ho, de Médicos Sin Fronteras (MSF), hizo hincapié en las tres batallas que se plantean para combatir el acceso a la salud: tratamiento masivo versus tratamiento exclusivo; ciencia abierta versus ciencia financiada, y dignidad versus indiferencia (esta última enfocada en principios). En 2018 MSF desarrolló más 831 proyectos en 73 países: “La campaña de acceso a los medicamentos es parte de la organización y buscamos soluciones que sean sistémicas y no paliativos para que esas crisis no se repitan,

pero eso se logra con el activismo de los pacientes y las poblaciones afectadas por las enfermedades al frente de esos cambios”.

Sobre la primera batalla (tratamientos masivos o exclusivos), advirtió de la aparición de una serie de innovaciones disruptivas, pequeñas empresas con apoyo gubernamental que hacen investigaciones en biología sintética y terapias genéticas. “Con el modelo actual son cooptadas por las grandes empresas que terminan estableciendo los precios”,

advirtió. Para hablar de dignidad o indiferencia dio el ejemplo de la enfermedad ocasionada por el virus del Ébola, crisis que fue ignorada hasta que llegó a los países centrales: “Estas situaciones –destacó– nos impulsan a pensar cambios en la manera de cómo miramos las epidemias y cómo se desarrollan los medicamentos porque ofrecer tratamientos médicos no es sólo una tarea técnica, sino una forma de llevar dignidad a la gente que tiene que estar reflejada en nuestras políticas públicas”. 



**Arnaldo Medina,
Ginés González García
y Martín Sabignoso**

jar de lado algunas falsas dicotomías como por ejemplo si es un derecho o una prioridad, porque priorizar bien nos ayuda a consagrar un mejor derecho a la salud.

AM: –Los países centrales en la Unión Europea tiene aproximadamente 3,4 médicos cada mil habitantes y 7,8 enfermeros; en América latina tenemos 2,4 médicos y 1,3 enfermeras. El que está mejor en médicos es Argentina por encima de 3 médicos pero muy mal distribuidos, y así tampoco llegamos al promedio de los países centrales. En cuanto a la disponibilidad de camas nosotros tenemos un promedio de menos de 100 camas por establecimiento, España tiene 350 camas, Francia más de 400 camas y estos son aspectos que hacen a la gestión, lo mismo que la seguridad y los sistemas de información. En un 77% son fondos públicos los que financian los sistemas centrales y estamos hablando en América latina de un 53% aproximadamente. En Argentina el presupuesto del ministerio nacional en 2017 subió un 4,9% pero la inflación fue del 24,8% y en 2018 subió un 17% y la inflación fue del 47,7%.

GGG: –**La peor devaluación de nuestro país no es el de la propia moneda sino la de nosotros mismos como sociedad. La mística que se necesita para cambiar un sector de servicios como el de la salud está bastante baja ¿Qué medidas tomarían en lo inmediato?**

MS: –Empezaría por armar una doble agenda, una que trabaje sobre las circunstancias y en mejoras para la gente, pero sin dejar para más adelante la agenda de la transformación. Tenemos que conciliar ambas agendas, responder a las necesidades más urgentes, el acceso a los medicamentos, estos países que analizamos tienen políticas muy agresivas en ese sentido y hace tiempo que dejaron los copagos flotantes y establecen los copagos fijos. Hay que trabajar con los sectores más vulnerables, los niños y adolescentes más afectados por la emergencia económica y tomando como referencia lo del 2001 poner una fuerte inyección de recursos para generar las capacidades que puedan transformar el sistema de salud. La visión sistémica tiene que ver con esto, de hacer varias cosas bien al mismo tiempo y que el sistema tenga la mejor respuesta.

AM: –Los argentinos vivimos un punto de inflexión con la crisis de 2001, donde el Estado nacional comenzó a tener injerencia en los servicios de salud, y ahí apareció muy fuerte en el primer nivel de atención el programa Remediar, los médicos comunitarios y después el SUMAR. Creo que el origen de los males está en la fragmentación del sistema, pero no podemos hacer una visión ingenua de que es un problema técnico porque es un problema político y que tiene intereses enormes. En ese sentido el fortalecimiento en el primer nivel a través de los equipos multifamiliares al estilo brasileño, es imprescindible, hay que ver qué pasa con la coparticipación y en la seguridad social cómo se coordinan incentivos que permitan que todos los argentinos puedan tener un equipo de salud multifamiliar. Otro aspecto es el de los medicamentos de alto costo, invertimos mucho allí pero no lo hacemos en tecnología blanda que es la capacitación, que son inversiones necesarias para generar un sistema de cuidados distinto. 