

# MARTÍN SABIGNOSO: “CUANDO EL ESTADO NO DEFINE LAS PRIORIDADES, LA SITUACIÓN DE LOS SISTEMAS TERMINA SIENDO CAÓTICA”

El consultor del BID en temas de salud y ex director del plan Nacer, que expuso durante las jornadas de AES y destacó la necesidad de transformar los sistemas para alcanzar el objetivo de la cobertura universal

Martín Sabignoso es consultor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en salud y ha desarrollado temáticas vinculadas a la gestión y el financiamiento hospitalario, el trabajo en equipo, la motivación y la planificación colectiva como claves para la transformación de los sistemas. Además, fue director del Programa SUMAR, la ampliación del Plan Nacer creado en 2004 e invitado a participar de las Jornadas de Economía de la Salud, que tuvo lugar en la Universidad ISALUD donde compartió una mesa redonda con el rector honorario, Ginés González García, y el vicerrector de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ), Arnaldo Medina.

En diálogo con la revista ISALUD, Sabignoso aseguró que “para continuar con el gran objetivo de ampliar la cobertura universal en salud y mejorar la equidad en el acceso a los servicios con calidad hay que trabajar en una transformación más comprensiva de los sistemas de salud”.

**–¿Cuál es la situación en América latina respecto a la cobertura universal en salud?**

–Todos los países de la región tienen muy en claro que para poder

continuar con el gran objetivo de ampliar la cobertura universal en salud y mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud con calidad hay que trabajar en una transformación más comprensiva de los sistemas de salud. Y eso no se logra solamente obteniendo más recursos para los sistemas de salud sino también haciendo una asignación más estratégica de los recursos disponibles y teniendo en cuenta que la región está atravesando una etapa de austeridad, necesidades y demandas cada vez más crecientes de la población.

**–¿Cómo se hace el puente entonces entre esos recursos que son limitados y las necesidades crecientes?**

–Hoy nos encontramos frente a oportunidades terapéuticas y tecnológicas que en muchos casos son buenas noticias porque permiten prolongar y mejorar la calidad de vida de la población, pero al mismo tiempo imponen una presión financiera muy fuerte sobre los sistemas de salud. Para poder administrar esas tensiones y conciliar los objetivos con las posibilidades reales de mejorar la cobertura hay que hacer

un gran esfuerzo que implica mejorar todas las funciones del sistema de salud desde el financiamiento, cómo organizar y preparar mejor los servicios y equipos de salud, cómo generar las redes integradas de servicios de salud y superar una de las debilidades más fuertes que tienen nuestros sistemas que son su gran fragmentación y segmentación.

**–¿De qué manera se puede garantizar que esos fondos disponibles se usen de manera más equitativa y eficiente?**

–Está claro que la sola posibilidad de contar con más recursos no asegura que el acceso sea más equitativo y eficiente. Teniendo en claro esa premisa, hay países que están implementado programas de financiamiento basado en resultados, dirigidos a gobiernos, proveedores y a trabajadores de la salud con el objetivo de generar incentivos. La experiencia la han llevado adelante países con modelos económicos tan disímiles como el chino, el australiano o el de Burundi. El primero para el desarrollo de las zonas rurales, el segundo aplicado en el cuidado de personas y el tercero para brindar una mejor atención a niños y mujeres embarazadas. En Francia se ha hecho para mejorar la prescripción de los genéricos.



### –¿Y qué otros ejemplos se dieron en la región?

–En América latina y el Caribe un buen ejemplo fue el programa Sumar de Argentina, el PMAQ-AB de Brasil, el programa de Descentralización de Servicios de Salud de Honduras, las Metas Asistenciales de Uruguay o la iniciativa Salud Mesoamérica, por mencionarte algunos casos que se han desarrollado para mejorar la cobertura en salud de los sectores más vulnerable de la región.

### –Estados Unidos es la nación que más gasta en salud con un 17% de su PBI y está en el puesto 37 de los países con mejores expectativas de vida ¿hay otros modelos a seguir?

–Se exhiben esos ejemplos para evidenciar que no es una cuestión de poner más dinero porque en ese sentido Estados Unidos es el país que más gasta en salud en el mundo y debería tener una expectativa de vida de 130 años y no la tiene. Pero también es cierto que va a la vanguardia en innovación tecnológica y en muchos otros aspectos, donde ellos tienen un seguro permanente sobre los cuidados de la población que son tomados por los propios países europeos. España es un mo-

delo porque tiene un alto nivel de descentralización como la Argentina, que es un país federal, porque hay cierta vinculación cultural y es interesante ver de qué manera comunidades como el País Vasco, Cataluña, Andalucía se relacionan con el poder central. No podemos igualarnos en función de sus recursos pero sí se puede aprender en cómo se gestionan esos microsistemas a nivel de comunidad.

### –¿Qué rol debe asumir el Estado en un marco económico como el actual?

–El Estado tiene que intervenir con políticas, con regulación, hacer algo importante que los países europeos ya tienen incorporado que es priorizar, trazar el objetivo y preguntarse cómo llevarlo adelante para obtener los mejores resultados. Y es a partir de ahí cuando empiezan a usar toda su capacidad regulatoria, el financiamiento y los instrumentos de gestión.

Cuando una persona tiene que ir a las cinco de la mañana a sacar un turno de atención o esperar cinco meses para una operación, esa demora diluye la calidad. Y cuando los sistemas no tienen un esquema de priorización que estén liderados por

**“Los programas de financiamiento basados en resultados buscan que los recursos disponibles no se destinen solamente a gastos de infraestructura, bienes, insumos o recursos humanos, sino que además se intente orientar a los gestores de salud a lograr una mayor eficiencia en la gestión”**

el Estado los recursos no alcanzan, la situación se desborda y termina siendo caótica, perjudicando a los más vulnerables. A la larga se termina beneficiando a una pequeña elite que hace un consumo de los recursos disponibles mucho mayor y la salud pasa a ser inequitativa.

### –Si la innovación tecnológica es una de las principales causas de los mayores costos ¿cómo hacemos para que esa inversión sea eficiente?

–La Agencia de Evaluación de Tecnologías es clave y forma parte de una matriz de priorización de los Estados que puede ayudar a que esas intervenciones tengan un mayor impacto en la salud. Pero no es la única herramienta costo-beneficio porque en definitiva las decisiones de cobertura no son puramente técnicas sino que también se pueden regular los precios, negociar tempranamente con la industria y crear mejores incentivos a los proveedores de salud tratando de mejorar la prevención temprana antes que el tratamiento hospitalario. ¿De qué sirve tener la cobertura de los medicamentos contra el cáncer más costosos y efectivos si el primer nivel no lo detecta tempranamente? Para lograr buenos resultados hay que hacer mejoras en varios niveles del sistema de salud, el modelo de atención es uno de ellos, la política de los medicamentos otra. 