



SÓLO SIETE PAÍSES DE LAS AMÉRICAS INVIERTEN EN SALUD EL IDEAL DEL 6% DEL PBI

Las Jornadas Nacionales e Internacionales de la Asociación de Economía de la Salud de este año se centraron en el momento político, con foco en la gestión de centros de atención, los progresos en la financiación de tecnologías y de recursos humanos, las propuestas para la organización financiera del sistema de salud y los acuerdos sanitarios de Estado en la órbita de los distintos partidos políticos

Bajo el lema “*La economía de la salud en las decisiones políticas*”, se realizaron del 8 al 10 de septiembre las 24° Jornadas Internacionales y las 25° Jornadas Nacionales organizadas por la AES, de la que participaron funcionarios nacionales y provinciales, referentes de la Asociación de Economía de la Salud (AES) de la región y especialistas del sector quienes analizaron los diversos aspectos de una temática clave como es el aporte de la salud al desarrollo social y económico del país.

Durante el encuentro, que tuvo lugar en la Universidad ISALUD, la representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en Argentina, Maureen Birmingham, llamó a los países de las Américas a avanzar en los ejes financieros propuestos por la estrategia de Acceso y Cobertura Universal de Salud que impulsa la OPS. “La prioridad financiera actual no es suficiente para enfrentar las intervenciones propuestas. La inver-



*De izq. a der.:
Eugenio Zanarini,
Daniel Gollan, Ginés
González García,
Alejandro Collia,
Maureen Birmingham y
Alejandro Costa*

sión pública en salud debe ser por lo menos del 6% del Producto Bruto Interno y actualmente la inversión promedio para toda la región es de solamente 4,26%. Solamente siete países alcanzan el nivel mínimo del 6% y Argentina es uno de ellos”, destacó Birmingham durante la apertura del encuentro, en la que estuvo acompañada también por los ministros de Salud de la Nación, Daniel Gollan; de la Provincia de Buenos Aires, Alejandro Collia; el presidente de la Asociación de Economía de la Salud, Alejandro Costa; el embajador argentino en Chile y rector honorario de ISALUD, Ginés González García; y el vicerrector de la Universidad, Eugenio Zanarini.

La estrategia de acceso y cobertura universal fue aprobada por los países de la región durante el Consejo Directivo de la OPS realizado en septiembre de 2014, y la misma está en línea con los objetivos de Desarrollo Sostenible, pronto a ser aprobados en la Asamblea de las Naciones Unidas: “En la agenda

consensuada de 2015 a 2030, se van a tratar 17 objetivos y 169 metas, que son muchos en un mundo tan complejo, pero que apuntan a promover la cohesión social, el bienestar, el desarrollo humano y económico, con la convicción de que una población más sana es una población más productiva”, señaló la representante de la OPS/OMS.

Por su parte, el ministro de Salud de la Nación, Daniel Gollan, criticó el costo de algunos medicamentos, sobre todo los biotecnológicos, tema que preocupa al Consejo de Salud Suramericano, formado por autoridades sanitarias de los doce países miembros de la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur): “Hay varios Estados que están pleiteando judicialmente contra las posiciones monopólicas y dominantes de muchas biotecnológicas, que hacen que un medicamento desarrollado e investigado con fondos públicos cueste mil dólares en un país, cien dólares en países de renta media, y diez dólares en países de muy baja

renta”, puntualizó el titular de la cartera sanitaria nacional.

En la misma línea, el ministro de salud bonaerense, Alejandro Collia, y el presidente de la AES Argentina, Alejandro Costa, coincidieron en uno de los objetivos de las jornadas de “poner las herramientas y los conocimientos técnicos de la economía de la salud al servicio de la decisión política”, retomando así el pensamiento de Ramón Carrillo, quien sostenía que los problemas de la medicina se resolvían con políticas sanitarias y una economía al servicio de la comunidad. El actual embajador argentino en Chile, Ginés González García, advirtió en consonancia con el ministro Gollan, sobre “la gigantesca extorsión mundial con el tema de los medicamentos, que van a generar un caos aún en aquellos países que tenían hasta hoy un liderazgo en el sector”. Y dejó en claro que no es el mercado sino las políticas públicas las que promueven la salud y el desarrollo humano de una población.

Desafíos de la economía

En la mesa sobre “Contribución de la Economía de la Salud a la política sanitaria internacional” –moderada por Arturo Schweiger–, el referente de la AES Brasil, Rodrigo Méndez admitió que aún habiéndose mejorado en los últimos años los indicadores sociales, las desigualdades en su país, persisten: “Tenemos –dijo– más de 5500 municipalidades, problemas de financiación, listas de espera, un cuarto de la población brasilera, es decir cerca de 50 millones de personas, que tienen plan privado de salud, un mercado que en términos de recursos representan cien mil millones de reales (unos 25.000 millones de dólares), pero en algunos servicios como en cuidados de enfermedades de alto costo (cáncer, sida) la gente acude a los sistemas sanitarios públicos”. Los gastos en salud de Brasil son del 4% del gasto público, por debajo del 6% recomendado por los organismos internacionales.



“La prioridad financiera actual no es suficiente para enfrentar las intervenciones

propuestas. La inversión pública en salud debe ser por lo menos del 6% del Producto Bruto Interno y actualmente la inversión promedio para toda la región es de solamente 4,26%. Argentina está entre los siete países que más invierten”, afirmó Maureen Birmingham, representante de la OPS

Méndez destacó también la importancia de incentivar la creación de núcleos de economía de la salud en los gobiernos de los estados, para reunir la mayor cantidad de información disponible: “La clave es la información –aseguró–, sin ella no podemos hacer ningún tipo de análisis, y nuestro sistema federal depende mucho de los estados y de los municipios. Para las compras e inversiones públicas, el Ministerio de Salud tiene un banco de proyectos y de precios, que son herramientas indispensables para tener modelos de referencias a la hora de tener que construir un hospital, por ejemplo, o comparar precios cuando se necesitan adquirir equipamientos o medicamentos”. El sistema cuenta, además, con un programa de gestión de costos, más de cien hospitales en los 11 estados que participan de núcleos de la economía de la salud, y una comisión de incorporación de tecnología con participación médica, de las

Hay que tratar de que el Titanic no se hunda

Por Josep Figueras

La pregunta que todos se hacen es ¿Cuál ha sido el impacto de la crisis financiera en los sistemas sanitarios europeos? ¿De qué manera han dado una respuesta a la situación? Y en cierta medida hay que decir que estábamos esperando esta crisis, si bien económica, a través de los cambios en la tecnología sanitaria o del envejecimiento de la población. Algunos países han respondido con un fuerte recorte presupuestario, como lo hemos visto en Irlanda o España, pero tenemos que aprender, antes de que la crisis llegue, a ver

El autor es director del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud

cómo construimos la resiliencia a este sistema sanitario. Desarrollar sistemas que resistan al viento, a la sequedad del desierto, a responder al shock, a cómo sobrevivir y volver más fuertes. Hay que tratar de que el estado de bienestar, el Titanic, no se hunda, de hacerlo más resistente. Desde el Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, cuando hablamos con los ministros, en primer lugar les decimos que hay que proteger el presupuesto sanitario; segundo, sostener la financiación a través de mecanismos adicionales de recursos; tercero, pasar del debate de la contención de costes a hablar de lo que sería una cobertura



asociaciones y de la sociedad.

Rafael Urriola, de la AES Chile, hizo hincapié en el desafío que tienen por delante los economistas de la salud para hacer compatibles los objetivos sanitarios con los financieros: “En Chile –explicó– existe la obligatoriedad de todos los ciudadanos de aportar el 7% de sus ingresos al sistema de aseguramiento, lo que lo hace menos equitativo porque así los que más tienen terminan pagando menos. Hay un tope y en ese tope solo los trabajadores aportan un 7% a la seguridad social. Las especulaciones en pleno auge neoliberal eran que la gente se iba a volcar al sector privado (Isapre) de la salud, al principio fue lo que hizo la gente de mayores recursos, pero con el tiempo se fue retirando de allí y empezó a retornar al sistema público (Fonasa)”. ¿Las razones de este cambio? Urriola explicó que el sistema privado al no ofrecer una cobertura universal y excluir determinadas enfermedades



“Hay varios Estados que están pleiteando judicialmente contra las posiciones monopólicas y dominantes de muchas biotecnológicas, que hacen que un medicamento desarrollado e investigado con fondos públicos cueste 1000 dólares en un país, 100 dólares en países de renta media, y 10 dólares en países de muy baja renta”, afirmó Daniel Gollan, ministro de Salud de la Nación

efectiva; cuarto, lograr una mayor eficiencia del sistema mejorando el desempeño; y por último, el tema es la gobernanza, cómo hacer para que nuestros *capitanes* respondan mejor a la conducción del sistema.

¿Cómo sostenemos la financiación? Hemos visto varios mecanismos que los gobiernos han adoptado; en los países bálticos tienen una reserva en su seguro sanitario que les permite afrontar los momentos de crisis; en otros países han aumentado las contribuciones. Se habla mucho del impuesto a los alimentos grasos, al azúcar, y tenemos ejemplos sobre el impacto que están teniendo, en los impuestos al alcohol y al tabaco (el impuesto al “pecado”), un efecto positivo que ha mejorado la conducta.

Nosotros lo que hacemos es llevar un debate político, como debe

ser, a un debate técnico. Hay que diferenciar qué población debe estar cubierta, con qué beneficios y qué tipo de copago. Hay países como España que ha cambiado su postura y está cubriendo ahora a sus inmigrantes ilegales. Otros países disminuyeron la cobertura, sobre todo en áreas como productos farmacéuticos, que de hecho no eran efectivos. Disminuir cobertura no es necesariamente negativo, y muchos países han aumentado lo que es el copago, con efectos mixtos. Algunos países ni siquiera podían pagar el copago, por lo tanto lo que se debe hacer es disminuirlos para aumentar el acceso a la población más vulnerable. Hay espacio para un corte racional, a las actividades de servicios, sin hacer un impacto muy fuerte y negativo en la salud de la población.

del plan, su atención elevaba la cobertura a un 10 y 12 por ciento.

La ex ministra de salud de Paraguay y actual senadora, Esperanza Martínez, destacó las medidas de alto impacto que se tomaron durante la gestión del ex presidente Fernando Lugo, en un sistema que presentaba muchos problemas de acceso, inequidad y ineficiencia, y donde hoy el gran prestador de la salud es el Ministerio de Salud de la Nación, con más del 75% de la oferta, tanto en infraestructura como en recursos humanos. Y una seguridad social que llega solo al 20,3% de la población. Los municipios aún tienen sistemas de atención muy precarios y nominales, y el sector privado, a través del modelo de medicina prepaga y muy pocos proveedores absolutos, corresponde al 9% de la población, 6 millones de personas en el sistema pre-pago, con indicadores de pobreza todavía del 23%. “La primera medida que tomamos fue aumentar el gasto público –indicó la referente de la AES Paraguay–, estábamos en 38 dólares per cápita cuando en Argentina están cerca de los 360 dólares per cápita, y en esos cuatro años se duplicó el gasto público”, afirmó.

Las políticas sanitarias

En un año electoral, la mirada de aquellos profesionales que tendrán la misión de gestionar las políticas públicas en salud (superada la contienda electoral), también fue un punto del programa seguido con mucha atención. Rubén Torres, en su calidad de referente de los equipos médicos del Frente Renovador advirtió que el grave problema es la inequidad del sistema. “La Argentina tiene que dar respuestas contundentes desde el punto de vista social, y me refiero a casos específicos como el de los turnos de espera, que requieren de una pronta solución. Es un estigma ético hacer esperar a la gente



Rubén Torres: *“La Argentina tiene que dar respuestas contundentes*

desde el punto de vista social, y me refiero a casos específicos como el de los turnos de espera, que requieren de una pronta solución”



Alejandro Collia, *apuntó a romper con la atomización*

de los sistemas que han generado situaciones de desigualdad e inequidad: “No solo pasa por una cuestión de financiamiento sino también por los modelos de gestión y de atención”



Hugo Magonza: *“Aquí enfrentamos un problema porque un*

80% de los profesionales son especialistas y un 20% de atención primaria (pediatras, médicos de familia o generalistas), y en realidad debiéramos tener un 50 y 50 por ciento”



Jorge Remes Lenicov, *“No existe ningún lugar en el mundo una*

economía que crezca sostenida solo en el consumo, excepto en 1930 cuando lo dijo Keynes, y se hizo con medidas que duraron uno o dos años, pero no como algo permanente”

desde las 5 de la mañana, como así también que haya discapacitados de dos categorías, algunos con acceso y cobertura y otros no”, destacó.

Otro de los desafíos planteados por Rubén Torres es el de pasar a una APS menos retórica y más real, y en el camino de la inequidad a la equidad, poner el eje en la fragmentación. Subrayó la importancia de cumplir la ley, en especial, en el campo de la seguridad social e hizo hincapié en recuperar el poder de rectoría del Ministerio de Salud, tanto en áreas como el PAMI, el sistema de obras sociales y la superintendencia de los servicios de salud, para su funcionamiento armónico. En el tema de los recursos humanos, resaltó que el eje central de la discusión debe estar puesto en la articulación de aquellos que egresan de la universidad con su ubicación en el sistema sanitario. Y desde el punto de vista tecnológico, abogó por la presencia de una Agencia Nacional de Evaluación de Tecnologías que “nos permita pasar de una medicina basada en la sentencia a una medicina basada en la evidencia”. El ministro de Salud provincial, Alejandro Collia, apuntó a romper con la atomización de los sistemas que han generado situaciones de desigualdad e inequidad: “No solo pasa por una cuestión de financiamiento sino también por los modelos de gestión y de atención”, señaló. El problema sanitario no se resuelve

sólo en los hospitales, según lo señalado por el presidente de la Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas (Acami) Hugo Magonza, quien puso los ojos en los determinantes sociales, en la atención primaria de la salud y en la capacitación de los recursos humanos: “Aquí enfrentamos un problema porque un 80% de los profesionales son especialistas y un 20% de atención primaria (pediatras, médicos de familia o generalistas), y en realidad debiéramos tener un 50 y 50 por ciento. Lo que nosotros estamos convencidos es que para una verdadera solución esto se tiene que transformar en una política de Estado integradora de los subsistemas, en la seguridad social, en el sistema público y en el privado, porque los recursos en salud son caros y escasos, y hay que compartirlos”.

Para el cierre, el director del Observatorio de Economía Mundial de la Universidad Nacional de General San Martín (Unsam), Jorge Remes Lenicov, luego de hacer una reseña de la situación económica vivida desde la crisis de 2001 en adelante, señaló que de 2003 a la fecha el gasto público se triplicó, y es el más alto de la historia, y aconsejó que en economía siempre hay que mirar tres aspectos, primero cómo están los precios relativos (tipo de cambio, salarios, intereses); segundo el equilibrio fiscal monetario (balanza de pagos externa y laboral); y lo tercero es que la demanda integrada

por consumo, inversiones y exportaciones tenga un crecimiento parejo: “No existe ningún lugar en el mundo una economía que crezca sostenida solo en el consumo, excepto en 1930 cuando lo dijo Keynes, y se hizo con medidas que duraron uno o dos años, pero no como algo permanente”.

Al interrogante de si 2015 es peor que el 2001, aclaró que se vive una situación complicada “pero para nada es la situación de 2001, cuando no había bancos, pero sí corralito, teníamos una cuasi moneda, y nada de eso ocurre hoy. En 2001 veníamos de una brutal depresión, la deuda era superior al PBI y ahora está en la mitad, la situación de la soja era mucho peor que ahora, y sí había cosas comunes como el déficit fiscal que era alto y creciente, en cuenta corriente, el acceso cambiario como ahora, reservas en baja, fuga de capitales, son situaciones parecidas”. Pero sí hay algo del presente que según el ex ministro de economía es más crítico al 2001, y es saber la capacidad de reacción que tendrá el Estado frente a un nuevo Gobierno que empezará a gestionar “con alta inflación, presión tributaria que también es la más alta de la historia, y porque no es lo mismo hacer política cuando la situación no da para más a cuando la gente tiene otro tipo de expectativas. El apoyo, la credibilidad y la certidumbre son diferentes”, fueron sus palabras de cierre.