

[SISTEMAS DE SALUD]

COBERTURA UNIVERSAL: EL DILEMA DEL FINANCIAMIENTO

“No existe una solución mágica para conseguir el acceso universal. No obstante, la gran variedad de experiencias procedentes de todo el mundo nos lleva a pensar que los países pueden avanzar más rápido que en el pasado o pueden tomar medidas para proteger lo que se ha logrado. Recaudar fondos adicionales y diversificar las fuentes de financiación es posible. Así como también es posible alejarse de los pagos directos hacia el prepago, y ser más eficiente y equitativo en el uso de los recursos”. Esto que parece una obviedad, y a modo de esperanza concluye en su informe 2010 la OMS, no lo es tanto si uno compara y observa las dificultades que tienen los países para sostener el carácter universal y gratuito de los sistemas de salud en el mundo, y hacer posible su acceso.

Frente a una enorme expectativa y satisfacción de las autoridades académicas por la inauguración de una nueva sede, la Universidad ISALUD organizó en el marco del 20° aniversario de su fundación el seminario internacional titulado *La financiación de los Sistemas de Salud: El camino hacia la cobertura universal*, en el que se discutieron y plantearon propuestas en torno al contenido del informe elaborado sobre el tema por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Como se advierte en el mismo, su valor está en saber comprender que ninguna experiencia ni combinación de decisiones políticas funcionará bien en todos los entornos: *“Cualquier estrategia eficaz para la financiación sanitaria debe ser de cosecha propia”*. ¿Cómo se deben financiar los sistemas sanitarios? ¿Cuáles son los mecanismos posibles para proteger a las personas de las consecuencias financieras de la enfermedad y el pago de los servicios sanitarios? ¿Cómo se puede fomentar el uso óptimo de los recursos disponibles? Estas fueron algunas de las preguntas que se respondieron en el seminario que



De izq. a der.: José María Garriga (AMA); Carlos Garavelli (ISALUD/OISS); Ginés González García (ISALUD); Armando Güemes (OPS) y Tomás Pippo (MSN)

se realizó en forma conjunta con la Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud de la Nación, la Alianza del Mutualismo en América (AMA), y la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS).

En la jornada de apertura, el actual embajador argentino en Chile, Ginés González García reflexionó sobre las dificultades que afrontan los sistemas de salud y que en el correr de las sucesivas crisis económicas internacionales repercutían a nivel regional y, sobre todo, en aquellos que menos tienen: “No hay ningún sistema de salud que haya podido lograr, por lo menos en los últimos años, el cien por cien de acceso universal, la cobertura de todas las prestaciones posibles –destacó–. Los gastos en salud vienen subiendo mucho más que el crecimiento de las economías, y esto obliga a buscar nuevas formas de financiación, cómo hacemos para resolver con equidad temas de restricción. Y como no está en nuestro pensamiento hacer recaer en los que menos tienen el costo de este desequilibrio, cobra valor este informe de la OMS sobre financiación de los sistemas de salud. *Es hora de abrir un debate sin combate*, para saber cuál puede ser nuestro aporte a esta Argentina inconclusa o a esta Sudamérica que tiene tanto para resolver, pero cuenta también con experiencias exitosas en su haber como lo pueden ser los casos de Uruguay, Brasil o Paraguay. Sumar mucho de lo que cada uno tiene porque de eso se trata este encuentro”.

En la mesa de panelistas que compartió con Armando Guemes (OPS) y Tomás Pippo (Ministerio de Salud de la Nación), el presidente de la Alianza del Mutualismo de América (AMA), José María Garriga, rescató el componente social y ético que desde sus orígenes conllevan las organizaciones mutuales, con claros



De izq. a der.:
Tomás Pippo (MSN), Verónica Serafini (Paraguay), Armando Güemes (OPS, moderador en la mesa), Clementina Corah Prado (Brasil) y Marisa Buglioli (Uruguay).



De izq. a der.:
Eugenio Zanarini (ISALUD), Irene Herrera (FAESS) Hugo Magonza (ADEMP), Ricardo Bellagio (SSS), Antonio La Scaleia (IOMA) y Dante Cracogna (FAMSA).

ejemplos regionales en Uruguay y Colombia. Al mismo tiempo, destacó la importancia del Convenio de Cooperación Técnica suscripto entre la OPS y la AMA, con la finalidad de contribuir al mejoramiento del estado de la salud de los pueblos de las Américas a través de la implementación de acciones de cooperación para el desarrollo de actividades científicas y técnicas, junto con el desarrollo de redes sociales integradas para el cuidado de la salud. Carlos Garavelli, rector de la Universidad ISALUD y director regional para el Cono Sur de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), destacó que “la extensión de la cobertura universal es uno de los pilares de nuestra organización para tratar de mejorar los niveles de protección social”. Y agregó: “Este crecimiento económico de la región tiene que ser acompañado con políticas de inclusión social y eso hace que la cobertura del seguro social sea uno de las más potentes”.

Al analizar los principales puntos del Informe 2010 sobre el financia-

miento de los sistemas de salud, la economista Claudia Pescetto destacó dos conclusiones importantes que deja a modo de mensaje el trabajo: uno, que a nivel mundial se está lejos de lograr la cobertura universal; y dos, que todos los países, sin importar su nivel de ingreso, enfrentan por lo menos un problema relacionado con tres puntos fundamentales del financiamiento (la necesidad de contar con fondos suficientes; asegurar que los gastos de bolsillo no impidan la atención adecuada a los sectores más vulnerables; ineficiencias e inequidades en el uso de los recursos). “No obstante ello –señaló– no hay una fórmula única para la cobertura universal, los mecanismos de pre-pago y los fondos mancomunados protegen mejor contra los riesgos financieros, y todos los países pueden aportar algo en alguno de los tres puntos clave del financiamiento”.

Sostuvo también que el camino hacia una cobertura universal “es un proceso dinámico, continuo, ya que las sociedades van cambiando, hay

renovación tecnológica constante, nuevas medicinas que van apareciendo y los sistemas tienen que ir acompañando esos cambios". Y agregó, siguiendo el informe y en relación a uno de los puntos clave sobre la protección del riesgo financiero: "En 2007, 145 países concedieron

el derecho a la licencia remunerada por enfermedad, y únicamente el 20% repuso el 100% de los ingresos perdidos y el resto, entre un 50% y 75%. La mayoría concede un mes por enfermedad grave al año, pero más de 40, limitan los pagos a un mes. El informe reconoce que los demás

componentes del sistema como la prestación de servicios, personal sanitario o sistemas de información, no pueden funcionar si el sistema de financiamiento sanitario es débil". Entre un 20% y un 40% de los recursos destinados a salud se desperdician por diferentes causas de ineficiencias



Los problemas de la salud en la región

Por José María Garriga

Alianza del Mutualismo en América

- Inequidad en el trato, calidad y accesibilidad de los servicios.
- Relación sociodemográfica heterogénea con inadecuada asignación de recursos.
- Déficit de infraestructura en el sector público prestador.
- Falta de medicina preventiva universal organizada.
- El control de las tecnologías y uso eficiente de los recursos.
- Incremento en la demanda en servicios inducido como derecho al usuario.
- Judicialización creciente.
- Aumento del promedio de edad y necesidades por la dependencia.
- Falta de estímulo a la educación solidaria.



El papel de las cooperativas de servicios de salud

Por Ricardo López

Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud

- Hay 14.177.987 de asociados a entidades cooperativas y mutuales, de los cuales 4.895.436 (35%) son asociados a las cooperativas y 9.282.551 (65%) son asociados a mutuales.
- La Federación Argentina de Entidades Solidarias de Salud (FAESS) es una organización cooperativa que presta servicios integrales de salud, que comprenden prevención, atención primaria, alta complejidad médica, atención integral de salud, medicamentos, prótesis, gestión solidaria de salud y educación sanitaria. En Argentina tiene 65 entidades asociadas en 11 provincias.
- ¿Qué ofrece el sector cooperativo y mutual? Defender al sector público de salud; campañas preventivas; mantener principios de equidad; capacitar médicos y dirigentes para el cambio; racionalizar el gasto en salud.
- ¿Qué reclama el sector cooperativo y mutual? Mantener sus emprendimientos; diferenciar sus empresas en la regulación del sector privado; poder ser agente del seguro de salud; poseer seguros propios de alta complejidad; participar en debates sobre reformas de salud.



El seguro nacional de salud en Uruguay

Por Ida Oreggioni

División Economía de la Salud, Ministerio de Salud Pública, Uruguay

Datos del Sistema de Salud Uruguayo

- Cobertura universal de todos los uruguayos a través del Seguro Nacional de Salud (SNS), financiado por un único, público y obligatorio (Fonasa).
- El SNS crece el 130%.
- Evolución de afiliados al Fonasa del 8/2007 a 12/2010: de 689.945 afiliados a 1.591.898.
- Población cubierta por el SNS al 2016: del 21% en 2006 al 53,80% de 2011, con una proyección al 2016 del 74%.
- ¿Qué servicios están cubiertos?: Prestaciones obligatorias para prestadores integrales (incorporación de Salud Mental desde 2011); Prestación de alto costo y complejidad; Programa de Acceso de Salud Rural.
- El gasto privado de los hogares (prepagos+ gastos de bolsillo) disminuye 11% en términos reales.
- El gasto de bolsillo de los hogares se estima en un 17% del gasto total en salud, habiendo disminuido más de 5 puntos porcentuales, luego de 2007.
- Crece el financiamiento público de la cobertura en salud.
- Financiamiento público (de 51,02% de 2005 a 63,64% de 2008); financiamiento privado (de 48,98% de 2005 a 36,36% de 2008).
- El ingreso presupuestal de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) crece 90% en términos reales entre 2005/2010.

Te abre puertas a la mejor atención...



- Condiciones especiales de ingreso para quienes provienen de otras coberturas.
- Utilización de todos los aportes obligatorios a la obra social.
- Condiciones especiales para monotributista.



0810 - 444 - SALUD (72583)
www.sancorsalud.com.ar

(excesivo gastos en medicamentos y tecnologías; sobredimensionamiento en hospitales; trabajadores de la salud desmotivados; etc.).

Entre las soluciones propuestas para fomentar una mayor eficiencia se destacan identificar y reducir las fuentes específicas de ineficiencia y

los incentivos que fomentan la ineficiencia; y prestar especial atención a los sectores más vulnerables. Rubén Torres, de la Organización Panamericana de la Salud, señaló al respecto: “Básicamente hay tres temas que el informe destaca que son importantes: uno, el de la eficiencia, hacemos

muchas cosas que no sirven y pagamos por esas cosas; dos, el tema de la transparencia es uno de los puntos que impacta en todos los países y no se salvan los desarrollados tampoco; tres, el tema de la equidad, y no solo en relación a la distribución sino también al cupo. Hay muchos países



Las brechas en salud en Paraguay

Por Verónica Serafini

Unidad de Economía Social, Ministerio de Hacienda, Paraguay

Avances en la implementación 2007/2009

- Disminución de los obstáculos económicos al acceso (disminuyó del 20% al 13% la proporción de personas del quintil más pobre que se enfermó y no consultó por razones económicas).
- Se duplicaron las consultas en el sector rural.
- Gasto de bolsillo (disminuyó el gasto de bolsillo anual de US\$ 53 a US\$ 43).
- Mejoras en la eficiencia en las compras de insumos.
- Articulación con otros programas gubernamentales, en el marco de la construcción de una red de protección social.
- Se duplicó el gasto en salud y esta función pasó de representar el 18,6% del gasto social al 20,7%.



Los números del Plan Nacer

Por Máximo Diosque

Programas Sanitarios, Ministerio de Salud de la Nación

- Inscriptos: 1.718.696 (85%).
- Inscriptos históricos: 3.866.680.
- Establecimientos de salud con convenio: 7.024.
- Prestaciones brindadas y financiadas: 28,5 millones.
- Reducción en tiempo de espera de 12 a 3 meses.
- Transferencias a provincias: \$656 millones (1.2% del gasto provincial en salud).
- Cofinanciamiento: \$89 millones.
- Débitos y multas: \$47 millones.
- Transferencias a establecimientos: \$557 millones.
- Entrega de equipamiento: \$152 millones.
- 230.000 niños y niñas pudieron ingresar a la Asignación Universal por Hijo gracias al Plan Nacer.
- En el 2010 se identificaron más de 500 niños y niñas con cardiopatías congénitas en el país, reciben cobertura del Plan Nacer, y son titulares de la Asignación Universal por Hijo.
- En Misiones, aumentaron en 3 veces las consultas previas al parto.
- En Tucumán, se logró una significativa reducción en la probabilidad de muerte en los primeros 7 días de vida entre los niños y niñas incluidos en el Plan Nacer.
- En Misiones y Tucumán las mujeres embarazadas son detectadas por el sistema de salud más tempranamente.



La extensión de la cobertura en Brasil

Por Corah Prado

Desid/Ministerio de Salud de Brasil

- La lógica del Sistema Único de Salud (SUS) es del pago previo, por medio de contribuciones e impuestos. No hay copagos.
- Mayores desafíos actuales: cumplir la integralidad del sistema; combatir la fragmentación del sistema;

mejorar la gestión del sistema; lidiar con la tríplice carga de enfermedades (crónicas, infectoparasitarias y violencias externas).

- Proveer acceso con calidad y en tiempo oportuno.
- Contribuir para la autonomía del usuario y su satisfacción.
- La recuperación sigue siendo el gran foco de la atención a la salud y hay que actuar en el campo de la promoción y protección a la salud.
- Definir, de manera explícita, límites costo-efectividad para la incorporación de tecnologías.
- Radicalizar el concepto de integralidad –conocer el itinerario terapéutico de los pacientes, con el objeto de evitar que agravios evitables evolucionen–.
- Actualmente 144 millones de personas poseen la Tarjeta Nacional de Salud.

en la región que han alcanzado una cobertura, si bien no universal, casi universal en más del 80% de su población. Pero cuando uno ve la calidad a la que acceden unos y otros en la trama de sus ingresos ve que las diferencias son sustanciales. Todos queremos cubrir a la mayor cantidad de gente posible, pero hay un contexto político y administrativo que instala cada país, que indica hasta dónde se puede llegar”.

¿Qué pasó en la región en los últimos años y dónde estamos parados para poder tomar más fondos para financiar la salud? El crecimiento para algunos países seleccionados de las Américas entre el 2003 y 2009, que incluye la crisis de 2008, nos indica que una primera situación es que la región y los países en vías de desarrollo por primera vez superaron la crisis más rápidamente que los países desarrollados. Y además, lo hicieron con niveles de crecimiento que son altísimos para toda la región, que se ha enriquecido desde el punto de vista de sus niveles de ingreso. “De los 17 países tomados de las Américas, en 14 de ellos el coeficiente de GINI ha disminuido –indicó Torres–. Otro aspecto que llama la atención del informe es que por primera vez en la historia económica mientras los países en vías de desarrollo disminuyen su inequidad, los países desarrollados la aumentan. Por primera vez en el ciclo económico sucede esta situación. También nos invita a reflexionar sobre la historia del famoso *derrame* que nos llevó a la inequidad en la región. La disminución del coeficiente GINI, desde 2002 hasta 2009 logró, no solo recuperar la distancia perdida en los 90 sino que muchos países superaron esa situación. Ha sido efectiva aparentemente la aplicación de políticas sociales de otra naturaleza y no la del derrame en la región. Esto es absolutamente claro”.

RUBÉN TORRES: “LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE ES LA TECNOLOGÍA MÁS INNOVADORA QUE TIENE LA SALUD”

Resumen de la exposición del representante de la OPS/OMS, que se refirió a los puntos centrales del informe de organismo sobre el financiamiento de los sistemas de salud en el mundo.

“Una reflexión importante que nos deja el informe es que la OPS no quiere repetir el error de la reforma de los 90. Es decir, creer que haya un mensaje único que pueda ser aplicable a todo el mundo. Todos los países tienen un sistema de financiación de la salud, un punto de partida, algunos se encuentran más abajo que otros pero todos tienen definido y eso es parte de la concertación social que cada uno de los países realiza, cómo va a financiar su sistema de salud.

“El informe no impone ninguna receta, simplemente intenta decirnos porqué en algunas experiencias los fondos públicos funcionan mejor que los fondos privados, o qué sucede si juntamos los fondos públicos, los privados, los de la seguridad social, y si eso funciona mejor que si los sistemas estuvieran fragmentados.

“La pobreza en la región ha disminuido fuertemente a partir del primer tercio de 2000. Desde el punto de vista distributivo América Latina que era en el 2004 la región más desigual del mundo. Según el coeficiente de GINI que es una de las maneras de medir esa desigualdad, nos dice que ha disminuido aún cuando seguimos siendo la región más desigual del mundo. Pero esa desigualdad es menor, lo que indica que la política social implementada en la región evidentemente parece haber sido efectiva.

“El otro aspecto a analizar es si esta recuperación tiene que ver con una política vinculada exclusivamente al

crecimiento del producto bruto interno de la región y para ello hay que medir cuando empezó esa mejoría en la equidad. Y hay algunos países, como en los casos de Brasil, Chile y México, llamativamente países que crecieron en un promedio muy inferior al de los países que más crecieron en la región, pero que sin embargo fueron los tres primeros países que comenzaron esta batalla contra la inequidad.

“Hubo un segundo grupo de países, en el cual están Argentina, Bolivia, Venezuela, El Salvador y Panamá, que lo comenzaron entre el 2002 y 2003, y hay otros países como República Dominicana, Ecuador, Paraguay, que lo hicieron posteriormente. Es decir, no necesariamente está ligado esto al crecimiento económico per sé sino que ha habido algunas políticas sociales que fueron más proactivas que otras, porque aún antes del crecimiento, independientemente del volumen de crecimiento, algunos países han logrado disminuir la inequidad. Tres ejemplos: Chile, en el cual el proceso de disminución comienza sobre fines de los 90; en el caso de México empieza un poquito antes que Chile; y en Argentina, medido exclusivamente para el Gran Buenos Aires, donde claramente el proceso de disminución de la inequidad comienza en el 2002, con el quiebre de la crisis internacional.

“Básicamente no solo el crecimiento del ingreso es la herramienta que permite

la disminución de la inequidad, si no que existen políticas que siguen siendo pro-activas, permiten la disminución de la desigualdad, independientemente del volumen de crecimiento. La disminución de la inequidad no tiene ideología, es decir, disminuye tanto en los países de izquierda como de derecha. Poco tiene que ver cuál sea la ideología, y sí tiene que ver más con la calidad institucional de la gestión. La mejoría o el alcance de la cobertura universal lo constituye la fortaleza de las autoridades sanitarias nacionales en términos de calidad institucional.

“Otro tema en discusión, es el gran boom de las llamadas transferencias condicionadas. Argentina las tiene, Bolivia, las dos principales quizás estén en los países más grandes de la región. En Brasil está la Bolsa Familia que no es exactamente un programa de transferencias condicionadas pero sí en el caso de México, con Oportunidades, y entre los dos son responsables entre un 10% y 20% de la reducción de la inequidad y cuestan el 5% del PBI. Argentina tiene la Asignación Universal por Hijo, Bolivia tiene el Juancito Pinto, el Bono Juana Azurduy.

“Esto es un tema a discutir porque los organismos financieros internacionales están jugados a esta situación, a entregar dinero para la transferencia condicionada, y cuidado que no tengamos una sorpresa en unos años que pueda haber problemas similares a los que tuvimos en los 90. Hay un estudio que muestra que los programas de transferencias condicionadas en la región si bien son exitosos no logran una cobertura universal. Fíjense que el más grande que es Oportunidades de México alcanza a casi el 80% de la población, pero no es universal.

“Si bien la pobreza ha disminuido en la región tenemos un grave problema y que está relacionado con el incumplimiento de los objetivos del milenio. La pobreza



Rubén Torres, de la Organización Panamericana de la Salud

se ha hecho más joven, los niños y jóvenes son los que más sufren la pobreza en la región, y esto tiene repercusiones importantes en el sector salud. A pesar de que muchos de los programas de transferencias están focalizados en la población materno infantil, la pobreza en la región sigue siendo una pobreza joven y de los niños. “Los países de nuestra región están bastante lejos de la presión tributaria que tienen los países desarrollados. Las dos únicas excepciones -pero aún así están lejos- son Argentina y Brasil, los dos países de la región que tienen la más alta presión tributaria fiscal más aportes a la seguridad social. Pero globalmente la región está muy lejos de la presión tributaria de los países desarrollados y habrá que explorar con los Ministerios de Hacienda para saber cuáles pueden ser los espacios fiscales o innovativos para poder obtener fondos para el sector salud.

“La función de los gobiernos no es solo poner la plata sin ver cómo se mueven los flujos de dinero en el campo de la salud, que es regular y hasta dónde. Y tener cuidado con los objetos de la regulación, y sus externalidades. Algún marco regulatorio puede entorpecer el acceso a la salud en lugar de mejorarlo,

o pueden contribuir a destruir mercado, y cuando hablamos de regulación se eriza la piel de mucha gente del sector salud. “La OPS va por la protección social en salud y lo que dice el informe es que queremos que todo el mundo tenga acceso y que toda la gente sea protegida independientemente de su nivel de ingreso. Y el hecho de que tenga que acceder a un sistema de salud no implique que eso lo lleve a la quiebra económica, como sucede en muchos países de la región. Hay tres países de la región donde las condiciones de quiebra económica son encabezados por los gastos en salud de la población, y no son países de ingresos bajos, sino de ingresos medios y uno alto.

“Se habla en la región de crear fondos para las enfermedades de alto costo y baja incidencia, que me parece perfecto. Ahora, cuidado, que catástrofes para el primer y segundo quintil puede ser comprar un medicamento en la farmacia todos los días o hacer una consulta al médico y pagarla. Eso para un hogar del primer quintil es una catástrofe financiera. Por eso, cuidado cuando diseñamos una política para cubrir el último medicamento oncológico que salió y vamos por esto pero no nos olvidemos que para un hogar de la periferia de los centros urbanos de las Américas comprar el jarabe para la tos o el antibiótico para el chiquito del domingo puede significar la catástrofe financiera.

“Hoy los sistemas son insostenibles pero si se desencadena esta situación de los medicamentos biológicos todos van a resultar insostenibles. Si no reducimos la fragmentación del sistema la gente se va a encontrar como hoy, es decir que no sabe por donde entra ni por donde sale. Para esto no se necesita plata, sino decisión política. Se viene pensando que con la tecnología solucionamos todo, pero recuperar la relación médico paciente es la tecnología más innovadora que la salud tiene”.