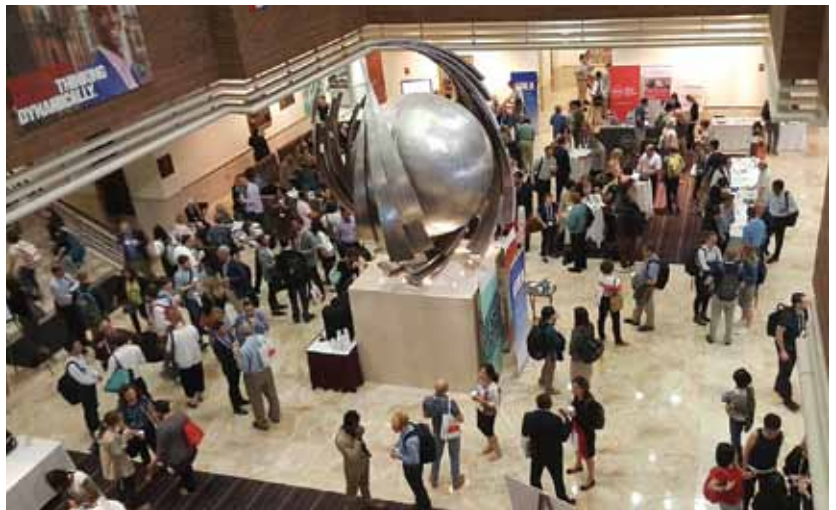


LA IMPORTANCIA DE LA ECONOMÍA EN TODOS LOS NIVELES DE GESTIÓN DE LA SALUD

En el 12° Congreso Internacional de IHEA se analizó cómo instrumentar con éxito la competencia en los mercados de salud regulados y qué acciones tomar desde la economía de la salud para ayudar a frenar la creciente obesidad infantil en la población mundial



Sede de Congreso: Questroom School of Business, Boston University



Por Arturo Schweiger

Del 6 al 11 de julio de 2017, la International Health Economics Association (IHEA) realizó en la Universidad de Boston el Congreso Internacional de IHEA para Economía de la Salud, donde diferentes oradores incursionaron en la revisión, debate, propuestas y difusión de contenidos de la disciplina. Del encuentro participaron 1540 profesionales de la economía de la salud y de disciplinas relacionadas, con 236 paneles en simultáneo que contaron con el aus-

El autor magister y director de la maestría Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD.

picio de más de 40 universidades y de numerosos financiadores para el desarrollo de paneles y sesiones especiales.

La apertura del congreso estuvo a cargo del copresidente del comité de organización local, el doctor Randy Ellis, quien desde hace dos décadas es profesor de la Universidad de Boston en el área de Economía de Salud y Análisis de Riesgos y de Financiamiento del Sector Salud.

A continuación, se realizó la sesión plenaria, a cargo de la Dra. Carol Popper, profesora de Economía del Imperial College de Londres, que presentó la conferencia: “La utilidad de competición en mercados altamente regulados”.

Contribuciones académicas

Al igual que en congresos anteriores de IHEA, las temáticas abarcadas fueron de nivel macroeconómico y microeconómico. En términos de gestión, se concentraron en aspectos de Macro-Gestión, Meso-Gestión y Micro-Gestión. A nivel sectorial se destacaron las Evaluaciones de Desempeño de los Sistemas de Salud, tanto de los países desarrollados como de los países en vías de desarrollo y de su financiamiento. Además, se debatió sobre la revisión del gasto y de su cobertura poblacional y sobre el análisis de la organización industrial de los mercados de salud. A nivel de la Meso-Gestión, se desarrollaron numerosos paneles sobre el

funcionamiento de organizaciones de hospitales y de redes de salud en las distintas regiones de los países que participan de la IHEA. Por último, se presentaron paneles sobre aspectos de evaluación de tecnologías de salud, paquetes de beneficios de salud y sistemas de costos aplicados a organizaciones de salud.

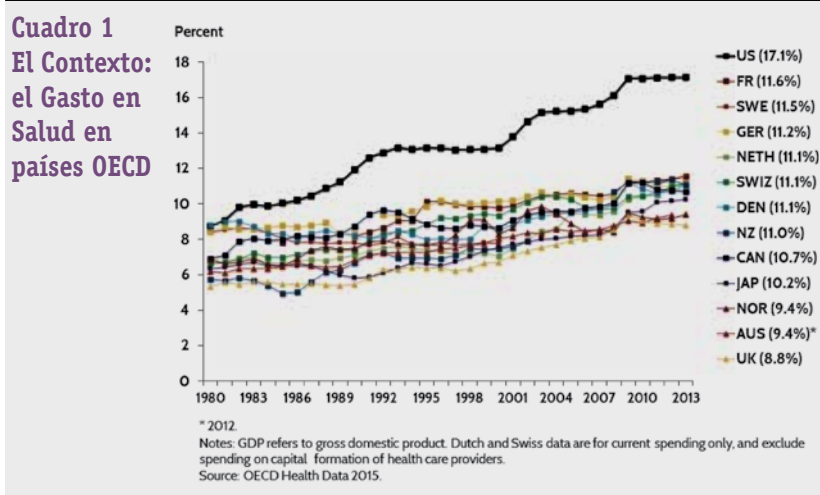
Entre las conferencias y paneles desarrollados se seleccionaron un conjunto de presentaciones por su grado de innovación y por la relevancia que se presentan a continuación:

La competencia en mercados de salud regulados

En la presentación de apertura del congreso, se analizó el caso de mercados asistenciales de salud hospitalarios con especial referencia al caso de Inglaterra, tanto desde la perspectiva de la oferta como de la demanda. A manera de introducción, la expositora Carol Propper, del Imperial College, Londres¹, presentó la evolución del gasto en salud de los principales países para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) para el período 2000-2016 (cuadro 1).

La panelista mencionó que en economías de reducido crecimiento, como es el caso de los países europeos, y ante la evolución del gasto en salud surge la preocupación de cómo incrementar la productividad del mercado de servicios asistenciales de carácter hospitalario. La autora invitó a revisar la función de la promoción de la competencia como una herramienta útil para la mejora de dicho mercado. Para ello planteó los interrogantes sobre cómo afecta la promoción de la competencia en este mercado

¹ Competition in health care: lessons from the English experience, CAROL PROPPER* Imperial College London, London, UK, 2018.



a la formación de precios y aranceles hospitalarios y de sus respectivos de costos, al nivel de la calidad y a la innovación de sus servicios.

A partir de la revisión de los sistemas de salud en países europeos, la autora concluyó que las reformas deben fortalecer los siguientes procesos institucionales:

1. La descentralización de los sistemas de decisión en el sistema de salud.
2. La promoción de la competencia entre los prestadores de servicios asistenciales hospitalarios, que puede incluir o no la opción de los pacientes a seleccionar servicios.
3. Las modificaciones y los ajustes en las modalidades de pagos e incentivos a prestadores asistenciales hospitalarios y a proveedores en general.

Las claves de la reforma en el caso del sistema asistencial de hospitales de Inglaterra se basaron en la descentralización de las decisiones desde el gobierno central hacia el gobierno local y también desde el gobierno local, que delegó ciertas funciones a organizaciones hospitalarias. Estos niveles de competencia entre prestadores hospitalarios, en algunos casos incluyeron la opción de los pacientes para elegir a los prestadores de nivel de atención primaria y de nivel hos-

pitalario. Por ende, la autora considera que se precisan de los tres factores para que los sistemas de salud funcionen adecuadamente.

En el caso británico se destacan las siguientes experiencias de promoción de competencia desde la oferta de servicios asistenciales hospitalarios:

1. 1991-1997: separación de aseguradores y de prestadores hospitalarios en base a contratos selectivos de precios y de volúmenes de prestaciones.
 2. 1997-2003: abolición de la competencia.
 3. 2006: desarrollo de políticas pro competencia a nivel nacional, con motivación de prestadores privados.
- En estos períodos de reformas del sistema de salud británico, los elementos clave fueron: la libre elección de hospital por parte de los pacientes, el cambio de contratación selectiva a precios administrados (65% de la actividad hospitalaria), mediante DRG prospectivos, la mayor autonomía en el desempeño hospitalario y la provisión privada con fondos públicos para expandir la provisión de servicios de salud a los Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS). En la era post reforma, los hospitales que presentaron elevados niveles de productividad atrajeron mayor número de pacientes. Por otra parte, se

produjo un incremento de concentración en el mercado de servicios asistenciales hospitalarios,² debido a la absorción de servicios por parte de dichos hospitales. Por su parte, en la era post reforma, la calidad mejoró en los mercados de servicios asistenciales y hospitales, tanto en términos de procesos como los servicios asistenciales hospitalarios medidos sobre las tasas de morbilidad de la población. Por último, en la era post reforma, la selección de hospitales por parte de los pacientes fue liberada y hubo señales de mejora en la calidad de los hospitales y en las condiciones de distancia con respecto a su ubicación geográfica.

La situación en América latina

Este Seminario abarcó la temática "Fronteras de Investigación en Economía de la Salud en Latinoamérica", mediante la selección de ocho ponencias de investigadores y tuvo una concurrencia de 40 investigadores y profesionales de la región, disponiendo además del financiamiento del Banco de Desarrollo de América latina para su realización. A continuación, se presentan las ponencias de mayor relevancia:

2 El índice de concentración se verificó mediante el análisis del Herfindahl-Hirschman Índice (HHI).

"LA ECONOMÍA DE LA SALUD PARA PREVENIR Y CONTROLAR LA CRECIENTE OBESIDAD INFANTIL DISEÑA UN CONJUNTO DE IMPUESTOS PARA GRAVAR BEBIDAS CON ELEVADO CONTENIDO DE AZÚCAR. EN LOS CASOS EXPUESTOS, ESTAS BEBIDAS REDUJERON SUS VENTAS EL 10%, MIENTRAS QUE LAS VENTAS DEL RESTO DE BEBIDAS SE INCREMENTARON EN UN 3,5% SIN AFECTAR AL NIVEL MINORISTA."

La apertura estuvo a cargo del Dr. Rodrigo Soares, de la Universidad de Columbia, focalizado en los efectos del Programa Bolsa de Familia, iniciado en 1994. Este programa expandió sus clínicas de atención primaria hasta alcanzar 100 millones de beneficiarios en Brasil y modificó la modalidad de prevención y de atención de salud. El expositor demostró que el programa contribuyó a sustanciales reducciones de la tasa de mortalidad materna e infantil y a la racionalización de la utilización hospitalaria.

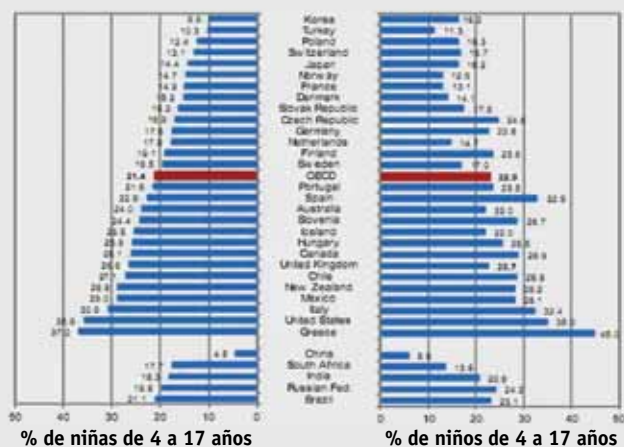
Se presentaron dos exposiciones sobre aspectos específicos del Mercado de Seguros de Salud de América latina. La expositora Gabriella Conti, del University College de Londres analizó las consecuencias de la expansión de seguros no contributarios

sobre los mercados de salud de México para el año 2002. Y por su parte, Sebastián Fleitas, de la Universidad de Leuven, exploró los efectos del incremento de la competencia en las IAMC de Uruguay en términos de salarios y de calidad.

Con respecto a la regulación del mercado farmacéutico, se presentó una ponencia de Juan Pablo Atal, University of Pennsylvania, analizando si el requisito de mayor calidad de productos genéricos presentaba efectos de mercado. Y en el caso de Colombia, Mauricio Romero, de University of California de San Diego demostró que la inclusión de nuevos fármacos en el paquete de beneficios de salud de la seguridad social incrementaba su consumo y reducía los precios de los fármacos preexistentes.

Por último, se destacó un trabajo acerca de políticas dirigidas a controlar conductas que afecten la salud de la población. Mariana Gerstenbluth, de la Universidad de la República, de Uruguay, presentó un trabajo de evaluación de los efectos del empaquetado de cigarrillos sobre la percepción del consumo de tabaco y de sus efectos sobre la salud de la población. Las conclusiones finales y las recomendaciones de la modalidad de desarrollo de una comunidad académica y de investigación en Latinoamérica y el Caribe estuvieron a cargo de Ana Balsa (Universidad de Montevideo).

Cuadro 2: Población Infantil con sobrepeso-OECD 2014



Fuente: OECD (2014), OECD Health Statistics 2104, forthcoming, www.oecd.org/health/healthdata

La obesidad Infantil, en estudio

A nivel global, la obesidad infantil en menores de 5 años alcanza a 42 millones de niños con sobrepeso en 2013, con un inicio estimado de 32 millones en 1990 y un crecimiento proyectado a 70 millones en 2015³. El sobrepeso en niños de entre 5 y 17 años por países en datos de la Or-

3 Smith, R. London School of Hygiene and Tropical Medicine.



ExpoMedical²⁰¹⁸

16ta. Feria Internacional de Productos
Equipos y Servicios para la Salud

26 al 28
de septiembre 2018

CENTRO COSTA SALGUERO
BUENOS AIRES, ARGENTINA

En conjunto con

17 **Jornadas**
más de capacitación hospitalaria

**PARTICIPE DEL MAYOR CENTRO DE
NEGOCIOS Y CAPACITACIÓN.**

El punto de encuentro del Sector Salud.

Organiza
MERCOFERIAS S.R.L.

✉ info@expomedical.com.ar
☎ (54-11)4791-8001
f ExpoMedical t EXPOMEDICAL
@ expomedical

www.expomedical.com.ar

ganización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos de 2014, se detalla en el cuadro 2.

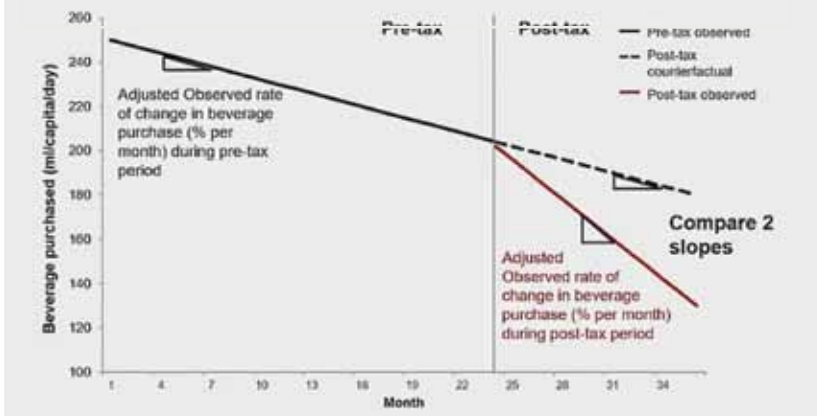
La obesidad infantil se asocia con complicaciones de salud de la población, que incluyen diabetes y patologías cardíacas. La experiencia internacional indica que la obesidad infantil sin intervenciones de salud pública genera adolescentes y adultos obesos. Por último, según la OMS, la tasa de crecimiento de la obesidad infantil ha presentado una evolución mayor en regiones de países de menor desarrollo económico (la OMS para la región de África sostiene que la obesidad infantil pasó de 4 a 9 millones de niños de 1990 a 2013).⁴

Ante esta situación surge el interrogante de cuáles son los aportes de la economía de la salud para prevenir y controlar la condición de creciente obesidad infantil de la población. En la presentación se analizan dos casos, donde desde la economía de la salud se diseñan un conjunto de impuestos para gravar bebidas con elevado contenido de azúcar y se revisa sus resultados sobre la demanda, así como su nivel de efectos sobre el empleo del sector de alimentación.

Para ello se analizan los resultados de los impuestos sobre bebidas azucaradas en el caso de México⁵, revisando en particular el comportamiento de las empresas del sector de traslado a precios del impuesto y la respuesta de la demanda en la población, que se presenta en el cuadro 3.

En la presentación, se menciona como segundo caso el Municipio de Berkeley en California, donde los resultados de un Informe del Public Health Institute⁶ indican que los aumentos de impuestos a las bebidas azucaradas

Cuadro 3: Consumo de bebidas azucaradas post impuestos



“EL PROGRAMA BOLSA DE FAMILIA, INICIADO EN 1994, EXPANDIÓ SUS CLÍNICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA HASTA ALCANZAR 100 MILLONES DE BENEFICIARIOS EN BRASIL Y MODIFICÓ LA MODALIDAD DE PREVENCIÓN Y DE ATENCIÓN DE SALUD: CONTRIBUYÓ A REDUCCIONES SUSTANCIALES DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL Y A LA RACIONALIZACIÓN DE LA UTILIZACIÓN HOSPITALARIA.”

redujeron sus ventas en un 10%, mientras que las ventas del resto de bebidas se incrementaron levemente en un 3,5% sin afectar las ventas del nivel minorista. La presentación también destaca la creación de un panel de seguimiento de bebidas financiadas por el impuesto.

Las tres recomendaciones que dejó la presentación son:

1. Los impuestos a las bebidas azucaradas pueden contribuir a moderar su consumo.
2. El diseño de los impuestos debe responder al nivel de organización industrial de cada mercado.
3. Los ingresos por dichos impuestos deben ser reinvertidos total o parcialmente en políticas que maximicen el impacto en la salud de la población.

Otras actividades académicas

En cuanto al desarrollo de las actividades de pre-congresos de una jornada

se destacaron los seminarios de enseñanza de la economía de la salud a nivel global. Del seminario que se denominó “Educación en economía de la salud a nivel global”, participaron 100 profesionales y se dispusieron de 16 presentaciones, divididas en cuatro paneles temáticos: Enseñanza a economistas de grado y posgrado, Difusión y enseñanza de la disciplina a no economistas, Enseñanza de economía de la salud a distancia y Perspectivas internacionales de enseñanza de economía de la salud. La apertura y coordinación de la jornada estuvo a cargo de Dr. Allen Goodman⁷, perteneciente a la Universidad Wayne State.

En las actividades de la Asamblea de Socios de IHEA, el Dr. Adam Wagsstaff, presidente, y la Dra. Audrey Laporte, tesorera de la asociación, exhibieron las diferentes modificaciones e innovaciones en la gestión de IHEA para los próximos períodos. Allí se detallaron los logros en cuanto a las mejoras de la calidad y del nivel de las exposiciones. En las sesiones especiales desarrolladas, se enfatizó en la reestructuración de la composición de la junta directiva de IHEA para promover la diversidad, tanto regional como de género en el congreso, y la reducción de costos operacionales del mismo.

⁷ Folland, s, Goodman, A. y Stano, M. A. “The Economics of Health and Health Care”, 8 ed., Routledge, NYC, 2017.

⁴ UK Report, Tackling Obesity and Future Choices, 2nd. Ed., Office of Government Science.

⁵ Colchero et al, 2015, Human and Biology, desarrollados desde el Instituto Nacional de Salud Pública.

⁶ Silver, Ng, et al., 2017.