

El Panorama de la Salud

Durante las V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud la numerosa participación de profesionales de quince países permitió que junto a los especialistas europeos y americanos se pudiera debatir intensamente acerca de la reforma de los sistemas de salud en el mundo. Más de 300 personas durante los tres días consecutivos que duró el encuentro hallaron el marco adecuado para la impostergable discusión que debía producirse sobre el porvenir de los sistemas de salud latinoamericanos. El análisis de la situación de la Argentina, así como la de los países del MERCOSUR tuvo su amplio espacio de debate. Los integrantes de la REDEFES (Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud) estuvieron mayoritariamente presentes.

Para los integrantes de la AES, el proyecto de las V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud significaba definir el punto de partida fundamental para provocar la discusión que en nuestro país no termina de instalarse. Fueron invitados especialistas europeos y americanos a fin de hallar en la experiencia ajena el aprendizaje necesario para que en nuestro territorio latinoamericano pueda evitarse la repetición de errores en el futuro.

Durante el encuentro fueron expuestas cada una de las distintas reformas de los sistemas de salud en el mundo. Se escuchó atentamente el punto de vista de la Organización Mundial de la Salud, de la Organización Panamericana de la Salud y de los especialistas latinoamericanos que integraron los paneles.

Uno de los ejes de las discusiones fue la modalidad de financiamiento de las instituciones públicas y el éxito real en la localización del tercer pagador. Esta preocupación se analizó junto al fenómeno mundial de la desocupación laboral y la consecuente pérdida de identidad de quienes resultan marginados.

Cabe recordar que mucho antes de iniciar este encuentro internacional fue preciso para nosotros ahondar en torno a la real situación del sistema de salud argentino. Una serie de reuniones previas permitió a los miembros de la AES conocer opiniones de expertos y de representantes de distintos sectores de la salud. Así, fue evidente que nos hallamos frente a una situación de incertidumbre respecto al futuro del sistema de salud.

Ocurre que la concepción de la salud como elemento de mercado, que equipara a sus componentes esenciales en un sistema de competencia, debe asegurar tanto al sector público y a las obras

sociales de la seguridad social, como a las entidades médicas privadas, la subsistencia futura y la posibilidad de mejorar las cualidades que las califican dentro del sistema.

Además, para que sea posible un sistema de salud justo, equitativo y solidario es imprescindible asegurar verdadera accesibilidad de la población a la salud y los modos de financiamiento no deben poner en riesgo la prestación de servicios.

Por la importancia que adquiere hoy la comunidad, no es posible comprender un mundo en el cual el desentendimiento de los ejecutores de programas de gobierno los lleve a ignorar o a desalentar el control que las personas reunidas por intereses comunes ejercen sobre las acciones de sus instituciones.

En ese sentido y cuando los países toman un rumbo común y parecen dejar de lado las utopías y los sueños, comprendemos que como actores del sistema tenemos la oportunidad que nuestra opinión y nuestros conocimientos resulten valiosos y respetados en el momento de grandes decisiones.

En los sistemas democráticos, entidades como AES adquieren el derecho y la obligación de sumarse a los proyectos



Con palabras del presidente de la Asociación de Economía de la Salud (AES), Dr. Ginés González García, a quien acompaña en el estrado del Auditorio de la Biblioteca Nacional el Dr. Eduardo Guerrero de la OPS, se dieron por iniciadas las sesiones de las V Jornadas Internacionales.

del país. Nos estamos lanzando al Tercer Milenio. Tendremos que hacerlo con la convicción que la evolución de los sistemas también será definida por nosotros y que en este suceder continuo nuestras acciones serán germen de ese futuro a construir. ♦



Momento en que el presidente de AES, Dr. Ginés González García, presenta al Ministro de Economía de la Nación, Dr. Domingo Cavallo, que habló en la clausura de las V Jornadas Internacionales de Economía de Salud. Acompañan en el estrado el Ministro de Salud de Uruguay, Dr. Alfredo Solari y el de Economía de la Provincia de Buenos Aires Lic. J. Remes Lenicov (ver pág. 12).

Acabamos de recibir el N° 2 del Boletín de la REDEFS (Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud), publicación cuatrimestral que está bajo la responsabilidad de la Maestra Rocío Santoyo Vistrain, que además es Secretaria Ejecutiva de la REDEFS, y cuyo Consejo Directivo está integrado por la Dra. Barbara Brune, Directora de la División de Recursos Humanos del IDE (Banco Mundial), Dr. Alvaro Carranza Urriolagoitia, Director CIESS (Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social), Lic. Alicia Domínguez Ugá, presidente de la AES/Brasil, Dr. Ginés González García, presidente de la AES/Argentina y el Dr. Aristides Torche, presidente de la AES/Chile.

Además del Editorial, que aborda "El estado del Arte de la Economía de la Salud", basado en una conferencia dictada por el Dr. John W. Posnett, de la Universidad de York, se incluye un trabajo del Dr. Aristides Torche sobre "La dimensión económica de la salud". También incluye el resumen de un estudio sobre Economía para el análisis del sector salud. Asimismo se destacan las actividades desarrolladas por los miembros de la REDEFS destacando las IV Jornadas de AES Argentina y el Seminario sobre Economía y Financiamiento de la Salud, realizado en mayo de 1995, en México.

TALLERES

Reuniones mensuales, temas de actualidad

La Comisión Directiva de AES, en la seguridad de interpretar las inquietudes de los participantes en las V Jornadas, donde se sugirieron algunos temas que nos preocupan, ha resuelto dar un mayor alcance a nuestras reuniones mensuales. En ese sentido hemos encontrado la dinámica de "taller" como el mejor procedimiento, pues supone una preparación previa y una participación más activa de los asistentes.

Las reuniones han sido fijadas para el último miércoles de cada mes de 18 a 20 horas en Viamonte 1167, Piso 3º, Capital. Comenzarán el próximo 26 de junio a la hora indicada para analizar el Programa Médico Obligatorio o programa conjunto de prestaciones básicas.

Creemos que para nuestros socios, entre los que se encuentran funcionarios con responsabilidad operativa o tienen a su cargo tareas de promoción o formación, será de gran utilidad intervenir en los encuentros mensuales. ♦

PLAN OPERATIVO ANUAL 1996

Impulsa la REDEFS la necesidad de la Reforma del Sector Salud de América Latina

La REDEFS (Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud) ha lanzado un Plan operativo anual 1996, que entra en el Plan de Acción instrumentado para los años 1995/97, en la reunión que el Consejo Directivo realizó el 31 de enero de 1995 en Washington, donde se hizo una minuciosa evaluación de las actividades en cuanto a la promoción y el fortalecimiento de la capacitación e investigación y también en todo lo relacionado con el financiamiento de la salud.

El Plan operativo anual 1996 de la REDEFS se concentra en actividades prioritarias que permitirá consolidar las acciones iniciales de acuerdo con un plan estratégico discutido en el Consejo Directivo. En esa oportunidad se invitó a participar en el desarrollo del Plan a otras agencias donantes.

El diseño del Plan se sustenta en las ventajas comparativas que tendrán las actividades de la Red, como las de coordinación entre países. Así se impulsará el intercambio de experiencias regionales, creación de capacidad de estudios y generación, homogeneización y diseminación de información.

La consolidación de la REDEFS es el otro objetivo incluido en el Plan, razón que se ha privilegiado en términos de asignación de recursos.

El Plan de Trabajo diseñado para apuntalar esos dos objetivos, busca presionar sobre la necesidad de reforma y modernización del sector salud en América Latina, consolidando al mismo tiempo a la REDEFS.

Las líneas estratégicas lanzadas se basan en la identificación de rubros o dimensiones importantes que deben ser considerados en un proceso de reforma de los sistemas y alternativas técnicas para su desarrollo, actualización de la capacidad docente (capacitación de capacitadores), concientización de los altos funcionarios políticos y técnicos que tienen influencia en el sector salud y fortalecimiento de la REDEFS.

En los lineamientos establecidos para el Programa se destacan la utilización de los recursos de la REDEFS (incluida la donación del Banco Mundial) en apoyo de las iniciativas nacionales, con prioridad para los seminarios técnicos dirigidos a funcionarios de nivel medio y superior, personal técnico y para las actividades de capacitación de capacitadores.

Al mismo tiempo la Red dará respaldo a las actividades nacionales en cuestiones políticas para la reforma del sector salud. También los recursos serán dirigidos a la investigación aplicada a políticas y materiales para capacitación.

Se señala además que deberá hacerse un esfuerzo para la divulgación informativa, como complemento al Boletín de la REDEFS, estableciendo un sistema de comunicación electrónica.

En el Programa se incluye asimismo, un amplio cronograma de Jornadas, seminarios, capacitación de capacitadores, investigación, formación de recursos humanos, etc., delineados desde abril hasta fin de año, donde se destacan las numerosas actividades programadas por AES en nuestro país. Se detallan también las distintas realizaciones en Brasil, Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Perú, Trinidad-Tobago y Uruguay. ♦



El presidente de AES, Dr. Ginés González García en el momento que presenta a los expertos canadienses Dres. B. Davis y J. Dorland

SEMINARIO-TALLER DE AES-REDEFS

Análisis de los Sistemas de Salud Pública de Canadá

La presencia de la REDEFS (Red Interamericana de Economía y Financiamiento de la Salud) en nuestro país, en un Simposio-Taller organizado conjuntamente con nuestra Asociación marca un hito en el plan operativo instrumentado por la referida Red, cuyo objetivo fundamental es impulsar la necesidad de reforma en el sector salud de América Latina.

El propósito central del Seminario-Taller que se llevó a cabo en la sede de la Fundación ISALUD, fue analizar el Sistema de Salud de Canadá, con la participación de dos expertos de ese país, los Dres. Bruce Davis, Director General de la "Health Insurance Policy Consultation Branch" y John Dorland, profesor de la Queens University, que además es funcionario en el Ministerio de Salud de Ontario.

En la presentación de los expositores, el Dr. Ginés González García, presidente de AES e integrante del Consejo Directivo de la REDEFS, destacó sus largas trayectorias académicas y se refirió a los temas programados. Particularmente destacó que se iba a revisar

mediante el análisis de casos las experiencias canadienses sobre modalidades de contratación de servicios asistenciales y formas de pagos de los honorarios médicos.

El Dr. Bruce Davis después de hacer una breve descripción geográfica y económica de Canadá se refirió a los antecedentes del seguro de salud vigente en su país. Explicó además, todas las vicisitudes que debieron sortearse desde 1919 y remarcó que en ese sistema los servicios de atención médica necesaria son gratuitos. También habló sobre las fuentes de financiación y sobre el nivel de satisfacción de los usuarios.

El Dr. John Dorland explicó ampliamente las formas de atención a los pacientes y enfatizó sobre la universalidad de la cobertura médica gratuita y el suministro de medicamentos.

Ambos invitados cerraron su participación con una conferencia que realizaron en conjunto en la que brindaron una visión general de la forma en que se administra la Ley de Salud de Canadá y las relaciones entre el poder Federal y los gobiernos de las provincias. ♦

La salud, un derecho de la población que compromete al Estado

Una pregunta formulada al Dr. Vieira sobre lo expresado por un representante chileno en un Congreso realizado en Argentina en 1995, sobre la salud como una situación de responsabilidad individual, motivó una respuesta terminante del representante de la OPS, coincidente con la opinión del que formuló la pregunta. La salud—dijo el Dr. Vieira— es un "derecho de la población" en el que se deben comprometer la sociedad y el Estado. Agregó que el enfoque no puede ser otro que el holístico en cuanto a responsabilidades: ciudadanos, comunidades, estados y empresas.

LA PREVENCIÓN

"...Nunca se discutió esta cuestión..."

A una cuestión planteada por un economista sobre "Quién realiza la prevención y cómo se financia y si es posible financiar el crecimiento de la asistencia si no se hace prevención" contestó el Dr. Vieira que una de las convergencias actuales es que en los temas de prevención y promoción el financiamiento corresponde al Estado. Agregó que el Banco Mundial los define como "bienes públicos" de alta externalidad y no hay razón alguna para pasar estos bienes a la prestación privada". Esta es una responsabilidad que corresponde al ámbito del Estado. Por supuesto—enfaticó—nosotros que estamos clásicamente dentro del sector salud y salud pública también lo vemos así. Nunca se discutió esta cuestión".♦

"El sector salud debe estar preparado frente a la presión de los organismos internacionales"

El Dr. César Vieira al comenzar sus palabras enfatizó la importancia de discutir el tema de la reforma en los sistemas de salud de América y dijo que como había en la reunión representantes de distintos países que expondrían sobre las reformas, él como representante de la OPS consideraba más oportuno referirse a las características del conjunto. Otro aspecto que entendía relevante era el desafío que la reforma del sector salud planteaba a la economía.

Citó como importantes las actividades de definición de políticas en los años 1993, 1994 y 1995: Cumbre de las Américas de Miami (diciembre de 1994), reunión en Buenos Aires (1994), en la que se trabajó sobre la reforma en 10 países de América del Sur, reunión en Costa Rica con los países de Centro América, reuniones en Puerto Rico y Jamaica, la Conferencia Panamericana en la OPS, donde se trató el tema reforma como prioritario de la organización para el cuatrienio 1995-1998, reunión del Parlamento Latinoamericano y actualmente los países del área andina reunidos en Quito, Ecuador. También mencionó intercambios recientemente realizados en talleres, con representantes de América Latina y Canadá.

Dijo que dada la importancia del tema se juzgó necesario consensuar sobre el concepto de reforma y que en una Conferencia especial realizada en 1995 se acordó que "la reforma es un

El Dr. César Vieira coordinador del Programa de Políticas Públicas y Salud de la OPS en momentos que se dispone a pronunciar su conferencia. Es acompañado por los Dres. Jorge Ochoa y Andrés Chianalino.



proceso orientado a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector, en sus relaciones y funciones, que buscan aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión, la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de necesidades de salud de la población, proceso que se realiza en un periodo de tiempo determinado a partir de coyunturas que lo justifican y viabilizan".

Citó países como Canadá, Chile, Cuba y Costa Rica que ya han alcanzado niveles razo-

nables de cobertura y equidad.

Señaló además cómo a veces el proceso de reformas tiene dimensiones políticas más importantes que las técnicas. La OPS ha detectado que las reformas mejor orientadas son las que están logrando combinar las dimensiones técnicas con el manejo político de las discrepancias. Los informes que los distintos países han hecho llegar a la OPS, hace ver que la política más frecuente en 27 países es la descentralización de gestión, otra importante es la creación o ampliación de seguros nacionales de salud y otra la de planes básicos de atención. Como respuesta a inquietudes de los presentes fue el Dr. Vieira muy concreto cuando dijo que el sector salud deberá estar presente y preparado para la discusión cuando ésta se diera en el "área de interfase" de la reforma del sector salud con la del Estado en las prestaciones de organismos internacionales, Fondo Monetario, Banco Mundial y Banco Interamericano preocupados por el ajuste estructural macroeconómico. En el pasado nos perjudicó nuestra pasividad—dijo—o nuestra incapacidad de argumentar con ellos. Hoy las Asociaciones de Economía de la Salud van a impulsar el debate y el consenso.♦

El rol de la Economía de la Salud

Las primeras palabras del presidente de la AES, Dr. Ginés González García, en la apertura de las Jornadas, fueron para expresar el agradecimiento a la REDEFS (Red Interamericana sobre Economía y Financiamiento de la Salud) "con la que venimos trabajando—dijo—ya hace un buen tiempo y creciendo y desarrollándonos. Hoy esta aquí, en este lugar toda su Mesa Directiva a la cual tengo el honor de pertenecer. También extendió el agradecimiento a los gobiernos de algunos países que han posibilitado que algunos de los distinguidos visitantes extranjeros se encuentren aquí presentes y además a todos los que han trabajado para que esto, que no es fácil de organizar, llegue a feliz término".

"Este año elegimos un tema que nos pareció durante los meses pasados, que debía ser el tema: el rol de la economía de la salud dentro de las reformas de los países y aprovechando un poco todo esto, hablar de la reforma de nuestros países

latinoamericanos, de nuestro Mercosur y de los países que creemos que están haciendo procesos de reforma interesantes e importantes, como algunos países europeos y EE.UU.

Por supuesto—agregó—que una reforma no se puede importar, pero también es cierto que cuando se toma conocimiento de las experiencias de otros países, sus aciertos y sus fracasos, seguramente aumenta la capacidad nacional para modificar el sistema de salud.

Tengo a mi izquierda al Dr. Eduardo Guerrero, que es como ustedes saben representante de la OPS en Buenos Aires y que hoy reemplaza al Dr. Henri Jouval. Ellos han sido siempre un sólido sostén de nuestra Asociación que han ayudado a realizar nuestras Jornadas y sobre todo editar el material de las mismas.

La Asociación de Economía de la Salud renueva hoy el compromiso que asumió hace algunos años al dar por iniciadas estas V Jornadas Internacionales, más internacionales que nunca.♦



Dr. Hans Maarse, Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Limburg, Maastricht, Holanda en momentos que pronuncia su conferencia. Lo acompaña el Dr. Guillermo González Prieto (coordinador)

JORNADAS

Un esfuerzo que culminó con éxito

La organización de las V Jornadas Internacionales convocadas por AES, fue un esfuerzo colectivo que se puede identificar con los nombres que siguen:

Comisión Directiva: *Presidente:* Dr. Ginés González García, *Vice Presidente 1º:* Lic. Jorge Remes Lenicov, *Vice Presidente 2º:* Lic. Oscar Centrángolo, *Secretario General:* Dr. Alberto Díaz Legaspe, *Tesorero:* Dr. Mario Rosenfeld, *Secretario de Prensa:* Dr. Héctor Vazzano, *Secretaria Científica:* Lic. Mónica Levovich, *Secretaria de RR.PP.:* Lic. Laura Lima Quintana

Vocales: Lic. Arturo Schweiger, Dir. Mario Castelli, Lic. Jorge Katz, Lic. Carlos Vassallo, Dr. Alberto Mazza, Sr. Norberto Larroca, Dr. Jorge Ochoa, Dr. Armando Reale, Lic. Roberto Bisang

Comisión Revisora de Cuentas: Cdor. Marcelo Ondarcuhu, Cdor. Atilio Savino

Comité Científico: Díaz Legaspe Alberto, González Prieto Guillermo, Iarussi María Herminia, Levovich Mónica, Lima Quintana Laura, Reale Armando, Remes Lenicov Jorge, Schweiger Arturo, Tobar Federico

Comité Organizador: Castelli Mauro, Chianalino Andrés, Lugones Mario, Mantel Silvia, Rosenfeld Mario, Vassallo Carlos, Vazzano Héctor

Coordinadores: Aufiero Jorge, González Prieto Guillermo, Iarussi María Herminia, Larroca Norberto, Lugones Mario, Ochoa Jorge, Rosenfeld Mario, Savino Atilio, Virgolini Mario.

Relatores: Abella Alejandro, Chianalino Andrés, Puppo Ruben, Sabaliauskas José, Sylvestre Begnis Héctor, Tobar Federico, Touloupas Constantino

Coordinación General: Amira Laura Santillán, María Evangelina Artigas.

SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON ALEMANIA

En Holanda la atención de la salud es considerada un derecho social

El Dr. Hans Maarse de la Universidad de Limburg, Maastricht, Holanda fue invitado a participar en las Jornadas de Economía de la Salud para exponer sobre los sistemas de atención de la salud en Holanda y Alemania y sobre los intentos de reforma.

Dijo que el análisis de ambos sistemas era difícil de hacer en el tiempo que duraría su exposición, pero que existía la ventaja de las similitudes entre los sistemas de salud de ambos países y que era posible también establecer algunas de las diferencias.

Con respecto al concepto de reforma afirmó que en Holanda se tomaron muchas medidas que no fueron etiquetadas como reformas del sistema pero que resultaron serlo teniendo en cuenta las consecuencias de dichas medidas. Holanda no participa de la reforma identificada con diseños o planes grandilocuentes que se proyectan a un sistema totalmente nuevo. Prefiere los pasos más pequeños, más pragmáticos y que con posterioridad no sean lamentados, porque a veces se desarrollan magníficos planes que tienen después mucha oposición de la sociedad o de distintos sectores de ella. Pero agregó que los cambios en el sistema de salud holandés constituyen un proceso permanente que se da en un contexto más amplio.

El sistema de salud en Holanda tiene valores básicos, objetivos claros y por supuesto determinadas características particulares. Con respecto a los primeros, son: equidad o igualdad, atención de la salud considerada como un derecho social y no como un bien de mercado, el rechazo a cualquier tipo de discriminación ya sea edad, sexo o situación social y la solidaridad.

Los objetivos sintéticamente expuestos son: reducción de costos efectiva, mayor eficiencia a nivel micro y macro y respuesta a las demandas y exigencias de los consumidores.

En cuanto a una presentación de las características principales del sistema el Dr. Maarse habló del origen del dinero que se destina. El 63% del seguro social, el 7,3% del Estado (impuestos), el 17,5% de

la atención privada y el 12% de los copagos. También que la afiliación a la obra social es obligatoria, que gran parte del sistema de prestaciones es básicamente privado sin fines de lucro que las personas que tienen más de un determinado ingreso no pueden seguir en una obra social sino que deben comprar un plan privado, que actualmente hay una tendencia a mayor atención ambulatoria y menor en el hospital y que los especialistas ejercen como trabajadores autónomos en los hospitales.

Las citadas precisiones permitieron al expositor señalar algunas similitudes y diferencias con el sistema alemán. Así dijo que dicho sistema también se basa en el seguro social, que tiene un rol prominente, lo mismo que las instituciones sin fines de lucro.

En cuanto a las diferencias señaló que en Alemania el Estado contribuye con el 5% más porque es el que hace las inversiones en los hospitales. Otras diferencias son que las personas tienen la opción de quedarse en el sistema de obra social o de irse a un servicio privado, que los especialistas no trabajan en los hospitales sino en consultorios privados y que en cuanto a internación en el hospital —considerada en días cama per cápita— los pacientes están más en el hospital en Alemania que en Holanda.

Como dato de interés al referirse al tema competencia afirmó que en Holanda no es considerada como un objetivo sino como un instrumento en sí mismo ya que es una competencia administrada por el gobierno.

También el Dr. Maarse se refirió al tema costos porque de no considerarlo —dijo— no se puede tener una atención igualitaria, pero agregó que si en un pasado se hablaba de reducción de costos, ésta se refería a todos los costos y que ahora en cambio se habla sólo de la parte pública del costo, lo que lleva a la discusión entre público y privado.

Destacó además que en Holanda la planificación es muy cuidadosa y que existen presupuestos fijos para todas las instituciones. Hoy se discute en Holanda —agregó— las prioridades, porque debe existir un paquete básico pero justo. ♦

Panel de referencia sobre Holanda, Alemania, Italia y EE.UU. que integran los Lic. Arturo Schweiger, Laura Lima Quintana, Carlos Vassallo y Mónica Levovich



Obligación de asistir a todo ciudadano, independiente de su condición laboral



Dr. Carlos Murillo, presidente de la AES (España) y profesor de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona pronunciando su conferencia.

El Dr. Carlos Murillo, Presidente de la Asociación Española de Economía de la Salud y profesor de la Universidad Pompeu Fabra en Barcelona expuso sobre la reforma sanitaria en España, en particular lo sucedido después de la aprobación de la Ley de Sanidad de 1986.

Sintetizó las características fundamentales del sistema: 1) derecho a la asistencia de todos sus ciudadanos, independientemente de su condición laboral (20 años atrás alcanzaba al 60 o 70% de la población, actualmente casi al 100%), 2) financiamiento mayoritariamente por vía impositiva o sea de ingresos fiscales, 3) provisión fundamentalmente pública,

aunque hay diferencias regionales, 4) descentralización de las competencias, lo que hace que actualmente 7 de las 17 comunidades autónomas tengan competencia en materia de sanidad y que el alcance de la descentralización sea aproximadamente del 60% de la población.

Al referirse a evaluaciones y encuestas destacó importantes sugerencias de modificación del sistema de usuarios insatisfechos y a los problemas señalados por expertos en economía de la salud sobre dificultad en el control del gasto sanitario público y la gestión ineficiente, resultado de una administración pesada y burocratizada.

Otro aspecto considerado por el Dr. Murillo fue el de las coberturas públicas y privadas. La doble cobertura —pública y privada— alcanza al 15% de la población y en algún caso como en Cataluña al 20%. La doble cobertura tiene la característica del uso del canal privado "para aquellas actuaciones médicas de un nivel de complejidad relativamente modesto" o cuando "los elementos de calidad hotelera, de comodidad o de trato personal individualizado es un beneficio más importante que el acto médico". Por el contrario cuando el acto médico es urgente e importante o requiere gran tecnología el usuario confía en el sistema público.

Respecto al momento de reformas que se vive en muchos países, surgen preguntas sobre si es una moda, si hay denominadores comunes, si se hace un proceso de imitación o si se adapta a los

sistemas particulares. Cuando teóricamente se analizan todos estos temas se encuentran razones valederas para señalar que actualmente "los principios de separación de funciones entre financiador, comprador y proveedor es un elemento esencial para mejorar la eficiencia y la calidad respetando la equidad".

Fue más explícito sobre separación de funciones y dijo que se le otorga al financiador la función de asegurar y garantizar la cobertura, pero además la de ser responsable final de los derechos constitucionales. En cuanto a los proveedores, establecen tarifas, contratan con los compradores, regulan la afiliación de los usuarios y mantienen la posibilidad de controlar los resultados y medir eficiencia y calidad. "El comprador es quien adquiere los servicios por cuenta del usuario que ha decidido que él sea su representante, cobra primas y paga los servicios contratados y utilizados".

Al finalizar su exposición el Dr. Murillo hizo referencias de interés con respecto a INSALUD y a la situación de la sanidad en Cataluña. Con respecto a la primera dijo que la administración central últimamente ha introducido con sus Centros los "contratos programas" con objetivos no sólo en gastos sino también en actividad.

Con respecto a Cataluña dijo que la dinámica de interrelación multidisciplinaria —estudios económicos, de gestión y administración sanitaria— el diálogo entre médicos, juristas y economistas ha dado resultados importantes en la administración sanitaria. ♦

TENDENCIAS EN AMERICA

El Sistema español sería el único que tuvo cambios

El panel que analizó la conferencia sobre el Sistema Español de Salud, fue iniciado por el Dr. Alberto Díaz Legaspe quien comenzó destacando que la exposición de Carlos Murillo le había resultado brillante, pero —como los españoles dicen— con "gusto a poco". Señaló después que el proceso español es desde una primera observación el único que cambió verdaderamente el modelo, porque a partir de un modelo de seguro de salud se pasa a un sistema más parecido al británico. Parece —agregó— que fuera un cambio de contramano, ya que las tendencias que se advierten en los países americanos da la impresión que se dirigen hacia sistemas de seguro de salud.

Otro punto interesante, que quizá no se pudo explicitar por el tiempo que se le concedió al Dr. Murillo y que podría ser de utilidad en nuestro país, sobre todo en el interior del sector público, es el método de los "contratos programas".

Finalmente al señalar la importancia de la financiación pública del sistema, que en España es del 70%, puso en duda si la mejora de los parámetros de la salud pueden ser atribuidas a una más efectiva atención o a la mejora de las condiciones generales de vida de los españoles.

La Lic. Ana Rita Díaz Muñoz inició su intervención anunciando que la centraría en algunas reflexiones sobre las reformas en el Sistema de Salud del Reino Unido. Así como el Servicio Nacional de Salud inglés ha sido un caso paradigmático como modelo de organización de atención de la sa-

lud a partir de su creación en la década del 40, su reforma también es una referencia obligada en la reflexión acerca de las reformas o cambios en los sistemas de salud con influencia en todo el mundo.

El Lic. Manuel Alvarez, el tercer integrante del panel dijo que ante las palabras de sus compañeros quienes las habían centrado en España y el Reino Unido, él se referiría a temas concretos. Así, afirmó que eficiencia no es lo mismo que rentabilidad, y al señalar diversos tipos de eficiencia dijo que de la que estamos hablando es de aquella que definió Pareto en 1906. "la que no permite ser mejorada para ninguno de los miembros sin empeorar la condición del otro". ♦

Panel integrado por el Dr. Alberto Díaz Legaspe y los Lic. Ana Rita Díaz Muñoz y Manuel Alvarez, que comentaron los temas abordados por los Dres. Murillo (España) y Barbour (Reino Unido)



En Italia las Empresas Públicas de Salud tienen amplia autonomía

El primer día de las Jornadas, después del Dr. César Vieira, pronunció su anunciada conferencia, el Dr. Marco Meneguzzo, Profesor Asociado de Administración Pública y Economía de la Universidad Luigi Bocconi, quien abordó "La Reforma del Sistema de Salud en Italia". Lo acompañaron el Sr. Norberto Larroca y el Dr. Alejandro Abella, como coordinador y relator respectivamente.

Habló en español y señaló que sólo iba a hacer algunas reflexiones sobre el Servicio Nacional de Salud de Italia, en este momento —afirmó— el más importante de Europa.

Hace instantes —agregó— el representante de la OPS, hacía referencia a descentralización, competencia pública, atención integral, reformas, convergencia de paradigmas en los sistemas de salud por lo que consideró que exponer el caso italiano es interesante.

Italia tuvo una reforma del sector en 1978 con la creación de su Sistema Nacional de Salud. Antes había un sistema que nosotros llamábamos "mutualista" que es un Sistema de Seguridad Social Pública, como son los que imperan actualmente en Francia, Holanda y Alemania. Italia con la creación del Sistema Nacional produjo un cambio total.

¿Por qué es interesante el caso? En primer término porque tenemos un Sistema con amplia autonomía estratégica, de planificación y operacional, en las veinte regiones del país que son muy diferentes. Fuertes diferencias entre el norte y el sur, tanto culturales como de renta per cápita, además de un servicio que podemos llamar "regional de salud". En Italia —reite-

ró— hay plena autonomía entre las veinte regiones.

También señaló que otro aspecto de interés a nivel internacional es que se trata de un sistema de cobertura universal con un copago para algunos servicios como son los medicamentos y donde además hay libre elección de los usuarios.

Manifestó enseguida que el cambio producido en 1978 se realizó como consecuencia de una coalición entre el gobierno que era de centro-izquierda con el soporte de casi todos los partidos de izquierda. El principio llave de esa reforma del 78 se manifiesta en que tanto el Estado como la Región no tienen responsabilidad operacional, sólo cumplen un papel de planificación y programación de la salud y de distribuidores de los recursos financieros. Las que tienen responsabilidad operacional son las Unidades Sanitarias Locales (USL) que con las que actúan a nivel territorial, Son organizaciones públicas que cubren, tamaño medio, entre 100 y 150 mil habitantes, en las que la compra y la gestión de los recursos humano son por lo tanto, públicas.

Más adelante se refirió a las reformas del 92/93 y al conjunto de Leyes sancionadas por las regiones que nosotros llamamos procesos de redefinición institucional del Sistema Nacional de Salud, destinados a asegurar la atención integrada y la accesibilidad total a los servicios. Explicó que sólo hay un copago para los medicamentos y para los exámenes y consultas radiodiagnósticas y de laboratorio en relación con el nivel de renta y planificación del Sistema de Salud Estado-Región.

Un cambio importante es, que mientras antes se hablaba de organización pública local, ahora son *empresas públicas de salud* que han sufrido un proceso de transformación. Antes había 672 Unidades Sanitarias Locales que se redujeron a 228 y a la creación de 80 empresas hospitalarias. Las 228 que surgieron de un proceso de fusión e incorporación, tienen cada una responsabilidad sobre un promedio de 250.000 habitantes. Las 80 empresas hospitalarias tienen un importante tamaño. En Milán —ciudad donde yo trabajo— vamos a crear una empresa hospitalaria con 7 mil camas y ocho hospitales y tres hospitales universitarios. Esta será la segunda empresa hospitalaria de Europa, después de la similar del Municipio de París.

Transformar la organización pública de salud en Empresa fue el primer cambio significativo del Sistema Nacional de Salud. Esto implica que es una empresa pública con nivel de discrecionalidad.

Finalmente para ayudar a comprender la complejidad del Sistema Nacional de Salud de Italia, señaló que lo integran 635 mil funcionarios, mientras que en Inglaterra con más o menos la misma población hay un millón de funcionarios. De los 635 mil, 91 mil son médicos ("ustedes saben que los médicos son profesionales no fáciles de gerenciar"), 283 mil enfermeros y el resto administrativos. ♦



"EL FUTURO LO PO

Será difícil me si no se cambi

El Dr. Ginés González García, cuya conferencia sobre "La Reforma del Sistema de Salud en Argentina" había despertado amplia expectativa, comenzó diciendo "que era bastante complicado ofrecer el punto de vista de AES ya que es una organización pluralista, sectorial, política y profesionalmente". Por lo tanto —dijo— voy a intentar expresar como presidente el pensamiento de la Asociación y en los últimos minutos transmitir algunas ideas personales.

Abordó de inmediato el tema de la Reforma, destacando la similitud de los problemas que se encaran en todos los países. Problemas que están vinculados con la creciente iniquidad de los sistemas, el crecimiento de los costos, las dificultades para pagarlos y también la crisis de la calidad.

Hizo una breve referencia a la realidad vivida después de la segunda guerra mundial cuando tanto el crecimiento como el progreso alentaron las posibilidades desde la sociedad y desde el estado de bienestar, de ofrecer servicios y atención a los enfermos y a toda la población. A eso se agregó —dijo— la magia de los nuevos descubrimientos y los nuevos conocimientos de la atención médica. No había demasiado problema por el creciente gasto porque era parte del progreso, de la mejora social, era una nueva situación donde aparecieron las nuevas terapéuticas. En Argentina, como en el resto del mundo, se agregaron crecientes recursos. Pero lo que me parece que nos ocurrió es que empezamos a darnos cuenta un poco más tarde que en la mayoría de los países que el crecimiento exponencial de los gastos no significaba necesariamente una mejo-



El Dr. Marco Meneguzzo de la Universidad Luigi Bocconi, quien expuso en las Jornadas sobre el Sistema de Salud que hay en Italia.



Vista parcial del Auditorio de la Biblioteca Nacional donde se realizaron las sesiones Plena-rias de las V Jornadas de Economía de la Salud.

“DEMOSTRAMOS MODELAR” DIJO GONZALEZ GARCIA

Mejorar los sistemas de Salud a la realidad del Mundo

ra en la Salud de las poblaciones.

La contención de costos fue una idea generalizada y más o menos exitosa en el mundo, con la sola excepción de USA y Canadá. Las democracias occidentales lo fueron en la lucha contra el avance de los costos en sus sistemas de salud, lo que comenzó a ser una estrategia distinta de reforma. Es decir que hubo una primera generación de reformas que tuvo que ver cómo dar más servicios, extender la cobertura y conseguir mayor equidad para la población y una segunda, la de los 80, en la que todavía estamos, que empieza a mirar cómo contener los costos.

Se refirió enseguida a que puede haber más modificaciones del Sistema de Salud que de proyectos conocidos. Por ejemplo, ustedes saben que el proyecto Clinton de reforma se frustró, pero sin embargo me parece que en el último año en EE.UU. hubo muchos cambios en el sistema de atención médica, lo que está significando que hay más reforma que proyecto. En nuestro país ocurre algo parecido, Argentina está teniendo más reformas reales de lo que evidencia el proyecto conocido, en donde básicamente podemos decir con claridad que lo que hay es un proyecto de descentralización del sector público y una especie de reordenamiento financiero de las obras sociales nacionales.

Estas son las dos fórmulas que se presentan como reformas, pero a través de las intervenciones de los expositores de los países europeos, advertimos cuanto más integral es una verdadera reforma.

Meneguzzo cuando se refirió al sistema italiano, un poco en broma dijo que la península eran 20 países, no 20 regiones, aunque ellos querían clasificarla sólo en 3. Respecto a nuestro país, González García afirmó que la reforma del sistema

argentino no podía tener un sentido único ni una sola metodología. Creo que la Argentina son varias argentinas, o por lo menos dos, una más europea y otra más americana, cercana a las realidades latinoamericanas. Por lo tanto no se puede pensar en una reforma única sin considerar esas diferencias importantes. Hizo enseguida —para apoyar el pensamiento



Dr. Ginés González García hablando en las V Jornadas sobre el Sistema de Salud en nuestro país. Formuló interesantes reflexiones.

anterior— un rápido análisis epidemiológico marcando las fuertes diferencias que hay entre la Capital Federal y algunas provincias.

Manifestó a continuación que “muchas de las opiniones sobre epidemiología y estudios comparativos sobre índices de salud de regiones, están basadas en los trabajos de comisiones de la Fundación ISALUD.

Seguidamente señaló lo que a su criterio podría pasar con la reforma en los próximos tiempos. Formuló tres posibles caminos: en primer término, el pensamiento mercadista y de desregulación, lo que rompería el sistema solidario de las Obras Sociales Nacionales con una disminución del rol del Estado. Un segundo sistema, bastante parecido al actual, con demasiado énfasis en las obras sociales, buscando una mayor regulación y alguna concentración de las mismas y una tercera alternativa que buscaría la unión de toda la financiación solidaria para pensar en una forma más integrada de los recursos. Algo parecido a lo que hacen los capitalismo occidentales y cristianos que son bastante socialistas en la financiación.

“Y en este final abierto de la reforma —dijo más adelante— muchas de estas cosas, más allá de alguna tendencia que pudiera estar apareciendo, pueden cambiar su rumbo. Tampoco tienen un rumbo demastado definitivo, si bien hemos visto y hemos hablado con todos los amigos en el sentido que una reforma no se importa. También una reforma tiene tanto dinamismo y puede tener tantos cambios que en este sentido quiero yo que tenga algunos cambios, más parecidos a modelos cuya experiencia universal muestra que ningún país ha dejado que el mercado le determine cuánto va a gastar ni cómo va a organizar sus servicios en términos absolutos”.

Al referirse al tema de los incentivos y la competencia, señaló las distintas óptica de los privados y del sector público, sin perjuicio —agregó— de que ocurra, como está sucediendo en algunos lugares del mundo, que entiendan la competencia, como un aumento de la injusticia. Aseguró enseguida que la regulación sobre los procedimientos va a crecer, inclusive para los tratamientos y que la gestión tiene que mejorar, sea pública o privada. Creo —dijo— que la canasta básica de servicios va a concretarse, lo que implica un piso desde el que tendremos que partir.

Advirtió que pertenecía a una generación criada en la lucha contra la explotación y que ha tenido una forma tradicional de financiar los servicios de seguridad social en función del trabajo, capacidad que se está perdiendo, cuando se advierte que el trabajo empieza a ser un elemento cada vez más pequeño en relación con la capacidad de producción económica de los países. Hoy imperan las formas informales de trabajo, el subempleo y el desempleo, lo que ocurre incluso en sociedades opulentas.

Es decir que nosotros tenemos que pensar en las nuevas formas de organización social y económica del mundo, porque caso contrario, más allá de que luchemos dentro del sistema de salud para mejorarlo, hacerlo más eficiente o como lo cambiamos para adecuarlo a la nueva realidad va a ser difícil superar un contexto global que hace peligrar a todas sociedades en su conjunto.

De todas maneras —terminó diciendo— es un desafío. Creo —repetió— que el futuro no es un rompecabezas, ni una lotería y que nosotros lo podemos modelar. Estoy seguro que por eso estamos aquí participando en estas Jornadas. ♦



Panel integrado por los Lic. Jorge Remes Lenicov y Oscar Cetrángolo y los Dres. Aldo Neri, Jorge Aufiero (coordinador), Enrique Tanoni y Juan H. Silvestre Begnis (relator), que contribuyeron al análisis del sistema argentino.

DEBATE ESCLARECEDOR

Falta un Estado regulador que impulse cambios reales

Para analizar el tema de la "Reforma del Sistema de Salud de Argentina" desarrollado por el Dr. Ginés González García expusieron como panelistas, el Lic. Oscar Cetrángolo (AES-Arg.), el Dr. Enrique Tanoni (Ministro Economía Pcia. de Salta), el Lic. Jorge Remes Lenicov (Ministro Economía Pcia. de Bs. As.) y el Dr. Aldo Neri (Ex-Ministro Salud de La Nación), a los que se agregaron el coordinador Dr. Jorge Aufiero (Prof. UADE) y el relator Dr. Juan H. Silvestre Begnis.

El Lic. Cetrángolo expresó que compartía con el Dr. González García que la falta de diagnósticos en el sector creaban dificultades para encarar reformas. Advirtió también que se habían hecho cambios que no tenían nada que ver con política sanitaria, como la descentralización de hospitales, la reducción del gasto en seguridad social, la caída del empleo y de los salarios, la libre elección de obra social, que eran reformas negociadas a nivel macroeconómico.

El Dr. Tanoni describió la situación de su provincia donde el 70% de la población no tiene acceso a la atención de la salud, no obstante se mostró optimista porque lo que ha fallado es la administración de los recursos de los contribuyentes. Dijo, creer lo que puede hacer el Estado y, hasta dónde puede llegar el mercado, qué límite se debe poner a la tecnología y también reiteró conceptos sobre la apropiación cuasi ilegítima de los recursos provinciales por parte de La Nación.

El Dr. Remes Lenicov después de exponer sobre el rol del Estado, indispensable inserción en un mundo globalizado, crecimiento argentino en gasto social, competitividad en los servicios, etc. se refirió a los temas que hoy le parecen centrales:

búsqueda de políticas sociales integrales en la que no haya ningún tipo de superposición, diseño de políticas para los más carenciados, diferencia clara entre política de salud y administración de salud —para lograr que la primera se cumpla—, eficiencia en los gastos e inversión en recursos humanos.

El Dr. Aldo Neri se refirió a fenómenos de crisis mundiales y en particular en América Latina a una crisis ideológica política que lleva a un Estado desertor. Remarcó su preocupación por el "desmantelamiento de los sistemas universalistas" y la dualización y marginación de la sociedad.

En cuanto al gasto en salud dijo "el tema no es el cuánto" sino de dónde sale todo peso y adónde va. Terminó diciendo que así como es bueno el 1 a 1 de la convertibilidad económica y la consecuente estabilidad, debe lograrse el 1 a 1 social.

Como final el coordinador Dr. Jorge Aufiero sintetizó brevemente las ideas de los cuatro panelistas. ♦



Mesa de exposición de trabajos científicos, coordinada por el Dr. Mario Rosenfeld, en la que la Lic. Roxana Oibalay presentó su investigación sobre la nueva Ley de Riesgo de Trabajo y su reglamentación. Por su parte los Lics. Sebastián y Federico Tobar expusieron su trabajo sobre "Reingeniería Organizacional y Reforma Sanitaria", analizando diversas experiencias. La Lic. Sonia Cavallo y el Dr. Gustavo Gricevto expusieron su trabajo sobre "Presupuesto por programa aplicado a hospitales públicos".

LA SALUD EN LOS EE.UU.

Un tema inquietante es el de los costos y la equidad

El Dr. James Lubitz expuso en las Jornadas sobre la "Reforma del Sistema de Salud de Estados Unidos" y en particular sobre el programa de Medicare, lugar donde se desarrolla su trabajo.

Brevemente brindó antecedentes del programa de salud nacional y después expuso sobre el programa federal Medicare creado en 1965. Como característico del programa destacó que tiene un coseguro de más de un 20%, que no hay límites para los gastos del bolsillo, que tiene aportes de salarios (2%), primas de beneficiarios e impuestos. En cuanto a los gastos, Medicare gastó en 1994 150 mil millones de dólares que es un 10% del presupuesto federal y el 10% de todos los gastos médicos de Estados Unidos.

En cuanto a los beneficiarios, son 36 millones, en lo que se incluye tercera edad además de 4 millones de discapacitados y 0,24 millones de pacientes terminales.

Otro tema importante desarrollado por el expositor fue el del aumento de costos. Un debate actual —dijo— es sobre quién ha sido más exitoso en el control del aumento de costos, si Medicare o el sector privado. Actualmente el sector privado tiene menores costos y Medicare los aumentó, pero el Dr. Lubitz consideró prematuro emitir juicio sobre esto porque el lapso considerado era muy breve.

Como ejemplo de control de precios el Dr. Lubitz definió la actuación de Medicare como la de un pagador único y en términos económicos como comprador monopólico.

Uno de los aspectos del tema



Dr. James Lubitz, Director del Programa de Investigación en Administración y Financiamiento de USA (HCFA), quien disertó sobre el sistema estadounidense.

costos mencionado por el expositor fue el de gastos de bolsillo —a veces muy elevados— que deben cubrir los beneficiarios y también el pago hecho por programas suplementarios de salud.

Otro tema, por cierto inquietante, fue el de la equidad. Hay —dijo— en Estados Unidos "un gran porcentaje de población menor de 60 años que no tiene seguro de salud", porcentaje que ha aumentado de 16% a 18% y el aumento hubiera sido mayor si Medicare no hubiera hecho un programa para indigentes y gente de bajos recursos.

También conectado con el área costos el Dr. Lubitz habló de los efectos de las nuevas tecnologías que por supuesto inciden en un aumento.

Para terminar su exposición se refirió a los problemas que hoy están preocupando. Uno de ellos es si los planes públicos y privados pueden coexistir en el mismo sistema. Lo que se ha visto dijo es que "las medicinas prepagas están haciendo una selección adversa y están atrayendo a la gente más sana para dejar a los beneficiarios más enfermos en el sistema público". También afirmó las fuertes presiones para que Medicare introduzca cambios en un gran programa nacional, que ya se han visto en los sectores privados, y señaló la flexibilidad que tiene Medicare hacia las nuevas propuestas. ♦



Panel integrado por los Dres. Germán Velásquez, Mario Castelli y Armando Reale y el Lic. Roberto Bisang, quienes coordinados por el Lic. Atílio Savino, contribuyeron a profundizar el tema de los medicamentos.

¿REFORMA O CAMBIO?

Importantes aportes del panel sobre medicamentos

El tema de los "Medicamentos en la Reforma" que tan alta jerarquía alcanzó en la disertación del Dr. Fernando Antezana, continuó en similar nivel con las contribuciones de los expositores del Panel que coordinó el Lic. Atílio Savino y que integraron los Dres. Germán Velásquez, Mario Castelli y Armando Reale y el Lic. Roberto Bisang. El tema citado permitió que los disertantes ampliaran sus conceptos sobre la reforma en general. En este sentido el Dr. Velásquez opinó que la reforma en los países en vías de desarrollo está siendo dictada desde afuera de los países. Señaló los distintos organismos económicos internacionales y centros académicos que empujan las ideas de reforma, cosa que no ocurre en los países industrializados. Allí la reforma nace desde adentro todo país —afirmó— que impulse cualquier tipo de reforma que no surja de adentro, tendrá serios problemas para alcanzar el éxito. Aludió enseguida a la definición publicada por la Universidad de Harvard, "una reforma es un cambio para mejorar" y sobre esa base argumentó que lo que estamos viendo no son reformas sino cambios, a veces sustanciales pero que no necesariamente significan una mejoría.

Enseguida intervino el Lic. Roberto Bisang, quien analizó el caso argentino con numerosos ejemplos del desarrollo de la industria farmacéutica nacional y de las alianzas y estrategias operadas entre grandes compañías internacionales. Finalmente aseguró que los grupos del sector farmacéutico nacional facturan entre 300 y 400 millones de dólares, lo que les da capacidad para negociar internacionalmente.

El Dr. Mario Castelli, presidente de la Confederación Farmacéutica Argentina, centró su

intervención en los problemas que enfrentan los farmacéuticos en los procesos de desregulación, y afirmó que el medicamento es la herramienta tecnológica más utilizada por el médico. Terminó diciendo que hay que impulsar la farmacia para que no sea un almacén de medicamentos sino un establecimiento sanitario.

El último en expresar sus opiniones sobre el tema fue el Dr. Armando Reale quien se lamentó que el medicamento no fuera considerado como problema importante en los sistemas de salud. Asumamos —dijo— que los medicamentos en internación están cubiertos, pero ¿qué pasa con ellos en ambulatorio? El sector público no los cubre y la obra social en algunos casos sí pero en otros no. En general el consumo se favorece en el sector de mayor capacidad adquisitiva. Hizo el distingo de utilización del medicamento (indicación del médico y dosis) y el consumo (frascos que se venden, autoprescripción, venta libre). También se refirió a los medicamentos eficaces que no tienen otra alternativa, a los eficaces no indispensables y a los marginales, sin demostrada eficacia.

Además, el Dr. Reale expuso sobre control de precios, precios de referencia (experiencias en IOMA y en PAMI), precio promedio y precio ponderado y explicitó los aspectos negativos y positivos de distintas experiencias realizadas. ♦

"El Humanismo tiene que vivir con utopía"

Respondiendo a una pregunta, el Dr. Antezana, dijo: "Es evidente que salud para todos tal vez sea una utopía, pero el humanismo tiene que vivir con utopía. El único capital que ninguna política en economía puede reemplazar, es el hombre o la mujer. Además tiene que ser un individuo sano y yo no creo que ninguna teoría en política económica pueda reemplazar el esfuerzo del hombre y por lo tanto, el cuidado de la salud de la colectividad, creo que es la primera preocupación de toda economía política."

REFLEXIONES DEL DOCTOR ANTEZANA

La primera gran reforma fue la lista de Medicamentos Esenciales que creó la OMS

El Dr. Fernando Antezana, subdirector general de la OMS, Ginebra, participó en las Jornadas para referirse a "Los medicamentos en la reforma", pero antes de hablar sobre dicho tema hizo consideraciones generales sobre el concepto de reforma en el sector salud. Planteó interrogantes: ¿es una necesidad para un país?, ¿una moda?, ¿una salida circunstancial a problemas que se repetirán más tarde? Si como según su opinión, se trata de una necesidad también caben las preguntas si la reforma en salud precede o promueve a la reforma estructural y económica de un país o si la sigue.

Insistió en que no puede hablarse del medicamento en la reforma sin hablar del sistema de salud y del contexto socioeconómico.

Inmediatamente se refirió a los fenómenos actuales de mundialización con las características de mercado de capitales y financiero, impacto en la producción y comercio de bienes y servicios, falta de respuestas de los países en desarrollo al desafío de los países ricos y al "pensamiento único" —llamado así por los economistas neoliberales— que "ha surgido con un tinte casi dogmático". Los grandes medios de comunicación difunden con intensidad el modelo, y pareciera que en un momento de dominio de la comunicación "repetición equivale a demostración".

Agregó el Dr. Antezana dos elementos más de reflexión: la "ilusión que la economía de mercado, la privatización, la libre empresa, resolverán todos los problemas de salud" y si el Estado juega el menor rol posible ¿quién garantizará con respecto a los servicios, acceso, equidad, calidad y seguridad?

Al detenerse en el tema medicamentos sostuvo que la gran primera reforma en salud fue en 1977 cuando la OMS creó la primera lista de Medicamentos Esenciales. Fue en efecto, revolucionaria,



Dr. Fernando Antezana Subdirector General de la OMS

rio, que los científicos dijeran que 220 sustancias eran "suficientes para tratar más del 80% de salud". Y es precisamente este concepto de uso racional de medicamentos esenciales el que fue fundamental en Almá' Tá (1978) al discutirse la atención primaria de la salud.

Seguidamente dijo que no había duda que los medicamentos eran instrumentos de ciertos tipos de políticas.

También el Dr. Antezana habló sobre porcentaje de gasto en medicamentos en distintos países, y a las listas de medicamentos esenciales, las listas negativas (medicamentos que el seguro no paga) y a las listas diferenciales.

Se detuvo además en el concepto actual de producto farmacéutico: la sustancia medicamentosa más la información para el prescriptor, para el que financia y para el paciente.

También comentó la realidad del aumento del consumo de medicamentos y ante esto y por razones económicas la creación de productos de prescripción y no prescriptivos o sea, los pagados por la seguridad y los pagados por el paciente.

Por último se detuvo a considerar en un sistema de salud, la situación de dominio de la oferta o de la demanda de servicios —tema, agregó, en el que la OMS está trabajando— y también a señalar la poca inversión que hay en los sectores promoción y prevención. ♦

BIBLIOGRAFICA

ALTERNATIVAS EN LAS POLITICAS DE SALUD

Choices in Health Policy (Alternativas en las políticas de salud) por Abel-Smith, Brian, Figueras, Joseph, Holland, Walter, McKee, Martin y Mossialos, Elias. *An Agenda for the European Union*. Dartmouth Publishing Company Limited. Aldershot, 1995, 178 págs.

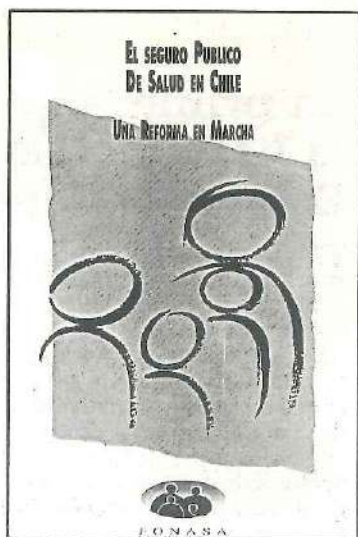
Este estudio evalúa las medidas de redefinición de los sistemas de salud implementadas por los diferentes países que integran la Comunidad Económica Europea. En todos los casos, la principal intención es la reducción y el control de los costos. Los autores forman parte de una red de investigaciones europeas concentrada en este tema y se desempeñan como académicos de la London School of Economics. La particularidad de esta publicación, que la distingue de otras que los mismos autores han desarrollado en la temática, reside en el especial énfasis otorgado a los efectos a largo plazo de las medidas implementadas.

EL MARKETING EN LA ORGANIZACION DE SALUD

Marketing For Health care Organizations. Autores: Phillips Kotler - Roberta N. Clarke. Edición: Prentice Hall Inc. Nueva Jersey 1987 - 545 páginas.

Los mercados de salud se revisten de un conjunto de particularidades que justifican la conformación de la Economía de la Salud como una disciplina imprescindible. Esta misma definición se aplica al Marketing de las organizaciones de salud. El libro de Kotler y Clarke constituye un manual para el desarrollo de marketing en las organizaciones, centrado en las características propias de los mercados y las organizaciones de salud: inducción de la demanda, diferencias entre demanda y necesidad, entre salud como bien y como derecho, la dinámica de la incorporación tecnológica, la tendencia expansiva de los costos, la relación de agencia, la necesidad de una mayor regulación, etc.

El libro se divide en cinco partes. La primera aborda los roles del marketing en la organización de salud, la segunda avanza sobre las modalidades de implementación del marketing en la organización. La tercer parte describe instrumentos para que la organización comprenda a sus usuarios, mercados y ambientes. La parte cuatro analiza los elementos básicos —producto, precio, lugar y promoción— para el diseño de la estrategia de marketing. Por último, se describen estrategias que permiten sustentar el marketing: la captación de recursos.



COBERTURA Y MEJORA DE CALIDAD EN CHILE

El Seguro Público de Salud en Chile. Una reforma en marcha. Editado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) Santiago de Chile 1995, ISBN. 956-7504-01-6

En el marco del proceso de transformación que se ha operado en la economía chilena, el sistema de salud desarrolló profundos cambios en su estructura y funcionamiento. El objetivo que impulsó las reformas es la estructuración de un Seguro Público colectivo de Salud, "solidario y no excluyente que garantice una adecuada cobertura y mejora la calidad de la atención a una gran mayoría de la población".

Según se expresa en las palabras introductorias del libro en 1994 se inició un proceso de modernización con el diseño de un plan estratégico que tuvo el compromiso de mejorar la situación sanitaria de los sectores más desposeídos de la sociedad chilena, buscando alcanzar la equidad en el financiamiento y provisión de las atenciones de salud y aumentar la disponibilidad y la eficiencia en la asignación de los recursos.

El libro tiene una interesante forma comunicacional pues deja de lado la exposición tradicional y ordenada y a través de entrevistas se logra que cada uno de los sectores que intervienen en la reforma, informen y opinen con la única salvedad que sus opiniones son de exclusiva responsabilidad de quienes la emiten.

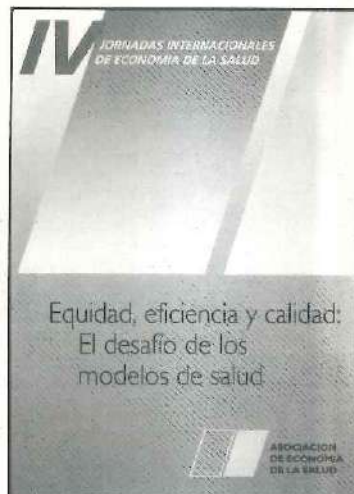
Los libros y publicaciones que se comentan en esta sección pueden ser consultados en la Biblioteca de la Fundación ISALUD, Viamonte 1167, 3º piso, de 15 a 19 hs.

Intercambio de conocimientos Objetivo permanente de AES

Con la edición de los trabajos de las IV Jornadas internacionales de Economía de la Salud en un tomo de 300 páginas, se condensa no sólo la trascendencia continental de nuestra Asociación y los desafíos que se propuso al convocarlas sino también la iniciación una nueva etapa en su desarrollo.

Editada por la Fundación ISALUD con la cooperación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el tomo representa un enorme esfuerzo colectivo y "necesita—como se afirma en el prólogo— conocimiento e imaginación para seguir legitimando la atención de la salud en sociedades globalizadas que se están modificando mucho más rápidamente que sus sistemas de salud".

El intercambio de conocimientos, objetivo permanente que se busca para encontrar nuevos caminos, ideas y rumbos que respalden a las organizaciones de salud, al promover reuniones del carácter de las Jornadas, están contenidos en la edición, lo



que hace indispensable su conocimiento como elemento de consulta, para todos aquellos preocupados por relacionar mejor los criterios de economía y salud.

El libro ha sido enviado a todos los participantes en las IV Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, y algunos ejemplares están a disposición de los interesados en las sede de AES. ♦



Presentación de trabajos

Con la coordinación del Dr. H. Vazzano y la presencia en el estrado de las Lics. Mónica Lescovich y Claudia Denari y de los Dres. Enrique Borrini Ministro de Salud de Córdoba y Javier Vilosio de Río Negro, se presentaron interesantes trabajos relacionados con el tema central de las Jornadas. Lescovich presentó "Algunas reflexiones sobre la reforma del sector salud"; Vilosio junto con los Dres. Pereyra, Sarandria y Beola, presentó tres proyectos sobre la provincia de Río Negro; Borrini reflexionó sobre "Modernización y Transformación de la oferta sanitaria en el sector público" y Claudia Denari, habló sobre "Modernización y transformación de la oferta sanitaria".



Panel que trató el tema Reforma de los Sistemas del Mercosur, integrado por el Ing. E. Miranda Radic (Chile), Lic. A. Domínguez Ugá (Brasil), Lic. M. H. Iarussi (coordinadora), Dr. A. Solari (Ministro de Salud de Uruguay) y el Dr. A. Carrizosa (Paraguay).

EL TEMA DE LA EQUIDAD

Latinoamérica y el Mercosur en dos interesantes paneles

Durante las Jornadas se desarrollaron dos Paneles, que atrajeron la atención de los participantes, no sólo por los temas —Reformas en el Mercosur y Latinoamérica— sino también por los integrantes de las mesas.

Sobre el de Latinoamérica —en el que actuó el Lic. Virgolini— inició el debate el Dr. F. García Scarponi, quien afirmó que el problema más serio existente en la región es la falta de equidad. Por eso —dijo— hay que impulsar una reforma global y sistemática, sorteando los obstáculos de naturaleza política. Se refirió también a la descentralización y a sus beneficios, si ello significa delegar poder para que las decisiones se produzcan en función de las necesidades periféricas.

Siguió exponiendo el Lic. C. Sanabria quien habló sobre la economía peruana, inspirada en el ajuste de corte liberal y señaló que en Perú hay una cultura sanitaria que escapa al esquema de un servicio de salud.

El Dr. E. Guerrero manifestó que "hoy toda propuesta que tienda a liberar el mercado de los servicios de atención médica, llevará a los países de Latinoamérica a un incremento de los costos".

El Dr. A. Torche, de Chile, se refirió a las características del sistema de su país, informando que funciona a través de un seguro, que la Constitución obliga a una cobertura total y que está centralizado.

Finalmente el Dr. A. Carranza hizo una amplia exposición señalando que la región enfrenta serios problemas que están afectando el desarrollo de las instituciones comprometidas en asegurar la salud y la seguridad social.

Sistemas del Mercosur

El Dr. A. Solari concentró su exposición en los temas de la

equidad y la eficiencia. Destacó los esfuerzos que se están realizando por mejorar los servicios y de los planes a largo plazo. Enseguida el Dr. Carrizosa, de Paraguay, aclaró que en su país la necesidad de reforma debe referirse necesariamente al contexto de democratización del Estado, después de 50 años de dictadura. La Lic. A. Domínguez Ugá, de Brasil, caracterizó la situación de la salud afectada por serias deficiencias. Manifestó también que hubo muchos cambios y que los principales fueron de naturaleza política institucional y de financiamiento.

En último término habló el Ing. Miranda Radic, quien no se refirió al sistema de salud en Chile —ya explicado por su compatriota, Dr. Torche— sino que expresó sus ideas sobre las ventajas que se producirían en el área salud, con el ingreso de su país al Mercosur. ♦



Panel de expositores sobre el tema de la Reforma de los Sistemas de Salud en Latinoamérica. Lo integraron el Dr. E. Guerrero (OPS), Lic. C. Sanabria (Perú), Dr. F. García Scarponi (OPS Paraguay), Lic. M. Virgolini (AES Argentina), Lic. A. Torche (AES Chile), Dr. A. Carranza (CIESS México) y Lic. F. Tobar (AES Argentina).

PREOCUPACION EN INGLATERRA

Un asunto fundamental es el control de los gastos

El Dr. James Barbour participó en las Jornadas para hablar sobre "La reforma en el sistema de salud del Reino Unido". Expresó al comenzar que su perspectiva sobre los cambios que había tenido el Servicio Nacional de Salud (NHS) era desde el doble enfoque de gerente profesional y de académico en la Universidad de Manchester y su unidad de servicio de salud de cuya creación había participado, es decir que podía unir los aspectos teórico y práctico.

Continuó diciendo que consideraba útil hablar de cifras para luego avanzar sobre las características del sistema. En salud el Reino Unido gasta 40 mil millones de libras, que es el 15% de los gastos públicos totales, lo que significa 1.200 libras por persona y por año. Entre 1960 y 1993 pasaron en el Reino Unido de 3,9 al 7,1 del PBI. Actualmente el gasto público es de 3 millones de libras por encima de lo que se había previsto. Esto hace que el control de los gastos públicos se transforme en un asunto fundamental.

En cuanto a cambios o reformas se podría decir que desde 1948 ha habido en el Reino Unido una reforma cada tres años pero la realidad es que en los últimos 5 o 6 años lo que se ha hecho ha sido "rellenar las brechas que han quedado en el sistema".

En este momento —dijo— se está tratando de identificar la correlación entre el dinero que se gasta y los resultados en términos de mejoría de salud de la población, o sea que hay un énfasis puesto en la efectividad.

También existe hoy un desarrollo de la atención primaria lo que representa un 90% de



Dr. James Barbour quien disertó sobre el Sistema de Salud del Reino Unido.

los gastos generales. La esperanza es que extendiendo esto e incorporando a los médicos clínicos otros servicios como las clínicas menores se pueden incorporar también servicios de alta tecnología.

Además otro problema a considerar es el de la atención de los servicios sociales que son hechos por las autoridades locales que carecen de fondos. Hay estudios sobre la gente de 75 años que espera su alta en un hospital pero que no pueden dársela porque no tienen lugares en geriátricos.

Otra característica del sistema —agregó— es la importancia que se da a la investigación lo que ha hecho decidir que el 1,5% del presupuesto se dedique a dicha área.

Insistiendo en las cifras el Dr. Barbour habló de la disminución de camas en los últimos diez años (28%) y la proyección para los próximos diez años de 29% menos.

Con respecto a la evaluación del sistema de salud destacó el expositor que en general se publicitan mucho las fallas y no lo positivo. Los datos informan que desde la iniciación del programa la productividad subió en 13,24%, esto es sin duda un éxito como también un progreso del gerenciamiento.

Los conflictos también existen, por ejemplo entre compradores y proveedores, entre las libertades locales y la responsabilidad nacional, y entre médicos y gerentes. No obstante ello el Dr. Barbour cree que "el desafío real para los administradores del sistema es que deben demostrar de qué manera se agrega valor en cuanto a la satisfacción con respecto al sistema" y que el porcentaje de satisfacción es del 60%. ♦

Economía de la Salud

Publicación de AES (Arg.) - Viamonte 1167 Piso 3° Bs. As. Argentina

CLAUSURA

"Hemos renovado nuestro compromiso con la Salud"

En el acto de clausura de las Jornadas con la presencia del Ministro de Economía de la Nación, Dr. Domingo Cavallo, las últimas palabras las pronunció el presidente de AES, Dr. Ginés González García, después que el Ministro de Salud del Uruguay, Dr. Alfredo Solari hablara en nombre de los representantes de los países de Latinoamérica.

"Voy a ser cortísimo. Simplemente quiero dar gracias a la REDEFS, gracias todos los amigos de América Latina, Europa y E.E.UU. y a todos los que han posibilitado este encuentro. Hemos renovado nuestro compromiso—agregó—que en algunos casos es crítico. Es el compromiso de nuestro destino y el compromiso del sector. Estamos muy contentos de que hayan participado muchos jóvenes. A ellos y a los que no son tan jovencitos, esperamos volverlos a ver el año que viene. Gracias en nombre de la Asociación.

Palabras del Dr. Alfredo Solari

"Seguramente —comenzó diciendo el Dr. Solari— que todos nos quedamos con la sensación de que hay mucho más que aprender". Manifestó enseguida que en el tema del mejoramiento de los sistemas de salud, que se analizaron tan intensamente en las Jornadas, todo no está descubierto y que el desafío más grande es el límite de los recursos y la mejor forma sobre cómo asignar prioridades.

Pero los gobernantes no estamos solos, sino que siempre compartimos las responsabilidades con los dirigentes de las Instituciones y sobre todo con un elemento fundamental en el funcionamiento de la economía de la Salud que es el cuerpo médico.

Finalmente agradeció la invitación y también al Dr. Cavallo por las reflexiones que hizo, que "ciertamente —afirmó— nos colocan en un panorama más amplio de lo que es salud". ♦

El ministro de Economía de la Nación, Dr. Domingo Cavallo mientras habla en la clausura de la V Jornadas. Lo acompañan los Ministros A. Solari, de Uruguay, Lemes Lenicov de Buenos Aires, el Secretario de Salud de la Municipalidad Dr. Joost Newbery y el presidente de AES.



PRESENCIA DEL MINISTRO CAVALLO

"El problema de la salud lo vemos como un tema central de la sociedad"

"Yo no voy a contar las anécdotas de barrio Clínicas de Córdoba —comenzó diciendo el Dr. Cavallo en respuesta a las palabras de presentación del Dr. Ginés González García— porque hay libros escritos sobre ese barrio universitario. Yo vivía en otro barrio, pero concurría al comedor universitario y estaba al tanto de las picardías que allí ocurrían". "Pues bien, hoy estoy muy contento de acompañarlos en este acto de clausura de las Jornadas que ustedes han desarrollado sobre el importante tema de la Economía de la Salud. Quiero felicitarlos porque hacen una tarea multidisciplinaria y multisectorial sin ningún tipo de prejuicio ideológico trabajando fundamentalmente para aprender de las experiencias de distintos países y también de las de nuestro propio país.

En el tema de la Economía de la Salud como en muchos otros temas no hay una fórmula segura, probada, matemática que uno pueda asegurar que resuelve los problemas. En cada país, en cada circunstancia histórica, dependiendo de los problemas que se han acumulado, de las soluciones que se han intentado, de las formas de actuar y de pensar de la gente y de los distintos actores en el sector, seguramente podrán encontrarse mejores soluciones, pero sin duda que el intercambio de ideas y la comparación también de otros

países como ustedes lo han hecho en estas Jornadas, es la mejor forma de llegar a una buena conclusión.

Yo les puedo decir como Ministro de Economía de la República Argentina que vemos al problema de la salud y a la satisfacción de las necesidades derivadas de la salud de la población como uno de los temas centrales de nuestra sociedad, un tema que va adquiriendo creciente importancia en todas las sociedades del mundo, un tema en cuya solución se combinan consideraciones de naturaleza económica, pero fundamentalmente valoraciones éticas, cuestiones que tienen que ver con la felicidad y la vida de todas nuestras familias, así que se trata sin duda de una problemática particularmente importante y delicada y ciertamente muy humana."

Más adelante abordó el tema de los recursos y su utilización eficiente para satisfacer las demandas de la población. Particularmente —remarcó— las necesidades de las familias de menores ingresos y que tienen ausencia total de cobertura, salvo las que brindan los hospitales públicos. Formuló también algunas observaciones sobre el PAMI y las obras sociales y se refirió a sistemas de Salud como el de Chile y Uruguay.

Con relación a Chile manifestó que han tenido más éxito que en nuestro país en la solución de los problemas de salud que afectan a la población. Sin embargo, el ministro de Salud de ese país, que es un prestigioso economista, me dijo que es en el área que más dificultades han tenido para aplicar criterios de mercado y competencia.

"Yo les puedo decir —también— que vale la pena que este tipo de reuniones se repitan. Creo que Uds. las realizan todos los años. Por lo tanto reciban de parte nuestra el mayor estímulo y las mejores felicitaciones". ♦

"... es como presentar a Maradona"

Refiriéndose a la presencia del Dr. Cavallo el presidente de AES dijo, "presentarlo es como presentar a Maradona". Luego se refirió al Cavallo que él había conocido en su época de estudiante como contemporáneo, en Córdoba. Dijo, nosotros éramos del Barrio de Clínicas y cuando estábamos en 3° o 4° año empezamos a oír que había un estudiante terriblemente famoso por todo lo que sabía, incluso que los profesores cuando algo no

sabían decían preguntárselo a Cavallo, y ante esto, como siempre sucede, además de la admiración nos daba un poco de bronca porque decíamos que sería un traga. Pero también todos decían que era un gran tipo, una gran persona. Es difícil conciliar esto, un estudiante destacado, brillante, singular, del que sus compañeros decían que era muy buena persona. Este es el Cavallo que yo conozco. Adelante Ministro, por favor.