

MEMORIAS



VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA

Hacia la eficiencia del gasto en salud,
elementos de discusión para los países de la región

Lima, Perú
2 de marzo de 2017

Catalogación realizada por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

MEMORIAS DEL VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA.

Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región
Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue -- Lima: ORAS - CONHU; 2018.

xx p.; ilus, tab.

HECHO EL DEPÓSITO LEGAL EN LA BIBLIOTECA NACIONAL DEL PERÚ

Comité editorial

Dra. Nila Heredia Miranda, Secretaria Ejecutiva del ORAS - CONHU

Dr. Jorge Jemio Ortuño, Secretario Adjunto del ORAS – CONHU

Dr. Carlos Ricse, Consultor OPS/OMS

Dra. Bertha Luz Pineda Restrepo, Consultora del ORAS - CONHU

Coordinación de Publicación

©ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2018

Av. Paseo de la República N° 3832, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 422-6862 / 611 3700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

IMPRENTA:

Diseño y diagramación:

Tiraje:

Primera Edición. Impreso en.

Recopilación realizada por el Dr. Carlos Ricse, en base a las exposiciones de la VII FORO ANDINO DE SALUD Y ECONOMÍA. Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región" realizada en Lima, el 2 de marzo de 2017 por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ÍNDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	pág. 7
2. OBJETIVO	
2.1. Objetivo general	pág. 9
2.2. Objetivos específicos	pág. 9
3. ACTO INAUGURAL	
3.1. Intervención de la Dra. Nila Heredia Miranda. Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud	pág. 13-14
3.2. Intervención del Dr. Rubén Mayorga Sagastume. Coordinador Subregional del Programa para América del Sur OPS/OMS	pág. 13
3.3. Intervención de la Dra. Mirtha Trujillo Almandoz. Directora de la Dirección General de Salud Ambiental de Inocuidad Alimentaria (DIGESA), Ministerio de Salud del Perú	pág. 15-16
4. PRIMERA SESIÓN: HACIA LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD, ELEMENTOS DE DISCUSIÓN PARA LOS PAÍSES DE LA REGIÓN	
4.1. Estrategia Regional de Salud Universal	pág. 21
4.1.1 Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo.....	pág. 22-24
4.2. Financiamiento de la salud en las Américas.....	pág. 25-26
4.3. Financiamiento de la salud en la región andina.....	pág. 27-28
4.4. Financiamiento y eficiencia en salud	pág. 29-33
4.4.1 Herramientas para la eficiencia	pág. 34
4.5. Conclusión	pág. 35-37

5. FORO PRESENTACIÓN DE PAÍSES: HACIA LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD

- 5.1.** Características del financiamiento de los sistemas de salud de los países andinos pág. 40-46
- 5.2.** Principales logros pág. 47-51
- 5.3.** Problemáticas destacadas
 - 5.3.1** Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud pág. 52-56
- 5.4.** Perspectivas pág. 57-59
- 5.5.** Conclusión foro de los países: Hacia la eficiencia del gasto en salud pág. 60-61

6. SESIÓN II: ANÁLISIS Y EVIDENCIA SOBRE ASPECTOS DE EFECTIVIDAD DEL GASTO EN SALUD

- 6.1.** Conferencia: Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud pág. 63-64
 - 6.1.1** Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España pág. 65-71
- 6.2.** CONFERENCIA: ACCESO A MEDICAMENTOS Y PROPIEDAD INTELECTUAL pág. 72-73
 - 6.2.1** Tres indicadores de las fallas del actual modelo de Investigación y Desarrollo (I+D) para medicamentos pág. 74
 - 6.2.2** Informe: Promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud pág. 75-77
 - 6.2.3** Cambio de paradigma en el debate del acceso a medicamentos 2014-2016 pág. 78-80
 - 6.2.4** Conclusión conferencia: Acceso a medicamentos y propiedad intelectual pág. 81

7. SEGUNDO PANEL DEL FORO: ANÁLISIS Y EVIDENCIA SOBRE ASPECTOS DE EFECTIVIDAD DEL GASTO EN SALUD

- 7.1.** Gasto en medicamentos 2018 - 2013 en el Estado Plurinacional de Bolivia pág. 84-87
- 7.2.** Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Chile pág. 88-90
- 7.3.** Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Colombia pág. 91-93
- 7.4.** Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Ecuador pág. 94-95
- 7.5.** Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Perú pág. 96-99

8. CONCLUSIONES pág. 100-107



1. INTRODUCCIÓN

Los días 02 y 03 de marzo de 2017, en la ciudad de Lima, Perú, se llevó a cabo el VII Foro Andino de Salud y Economía, cuyo tema central fue "Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región", y la reunión anual presencial del Comité Andino de Salud y Economía (CASE) del Organismo Andino de Salud (ORAS - CONHU). En esta jornada también se realizó la I Reunión Conjunta entre CASE y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, espacio generado para revisar propuestas de trabajo conjunto entre ambas comisiones.

El VII Foro Andino de Salud y Economía, es organizado por la Comisión Andina de Salud y Economía, la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos del ORAS - CONHU y el Ministerio de Salud del Perú, en una colaboración con la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Participaron, como habitualmente ocurre, los representantes de los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, en particular delegados de las comisiones. También asistieron funcionarios de otros sectores, especialistas en los temas de economía de la salud y medicamentos, estudiantes, docentes universitarios, representantes de organizaciones internacionales y público en general.

La Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos del ORAS - CONHU, organizan anualmente foros de manera separada. Este año, las dos comisiones coincidieron en la necesidad de debatir

juntas los dos temas, para que, a partir del análisis integral, se puedan identificar agendas de trabajo conjunto.

Se trabajaron temas relacionados con cuentas nacionales; el gasto público y total; los modelos de financiamiento; el presupuesto; el acceso a medicamentos; el mercado farmacéutico; la adquisición y aprovisionamiento de medicamentos; propiedad intelectual; entre otros más. Estos temas fueron abordados teniendo un inicio motivador tres conferencias magistrales sobre la eficiencia del gasto en salud y acceso a medicamentos, seguidos respectivamente por paneles con presentaciones a cargo de los representantes de cada uno de los países asistentes.

Se reiteró que el interés central de todos los países, y en general de los participantes al VII Foro, está en mejorar la eficiencia en el gasto y en disminuir los costos y racionalizar el uso de medicamentos. También se ratificó, la conveniencia del abordaje conjunto de los problemas comunes. En tal sentido, surgió la propuesta que el ORAS - CONHU sea la plataforma para que los países consigan mayor poder de negociación frente a la industria de los insumos médicos, entre ellos los medicamentos. Resulta imperativo que este trabajo mancomunado se consolide, para hacer frente en particular a la normativa internacional, derivada del derecho o las protecciones a las patentes. Finalmente, el foro permitió identificar insumos de trabajo para la Reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (a realizarse en mayo de 2017 en la ciudad de Caracas, Venezuela).



2. OBJETIVO

2.1 Objetivo general

Analizar temas referentes a la eficiencia del gasto en salud y la evidencia de la efectividad del gasto en medicamentos y su racionalización que posibiliten la orientación para la gestión de medidas políticas de la Comisión Andina de Salud y Economía, la Comisión Técnica de Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

2.2. Objetivos específicos

- 1) Reflexionar sobre el financiamiento de los sistemas de salud y la eficiencia enmarcada en la estrategia regional: Salud Universal.
- 2) Compartir información de los seis países andinos sobre la estructura del sistema de salud y del financiamiento, los logros y las perspectivas, referidas principalmente a la eficiencia del gasto en salud.
- 3) Analizar la evidencia sobre aspectos de efectividad en el gasto de medicamentos en el gasto en salud y compartir información de los países andinos referente a los avances obtenidos.



3. ACTO INAUGURAL

3.1 Intervención de la Dra. Nila Heredia Miranda. Secretaría Ejecutiva del Organismo Andino de Salud

Les doy la bienvenida a este VII Foro Andino de Salud y Economía que está organizado por decisión de los Ministerios de los seis países andinos a través de la Comisión Andina de Salud y Economía y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos quienes anualmente se reúnen por separado, pero esta vez las dos Comisiones han coincidido en la necesidad de debatir conjuntamente los dos temas: hacia la eficiencia del gasto en salud, y análisis y evidencia sobre los aspectos de efectividad del gasto en salud.

Desde la primera Reunión de Ministras Ministros de Salud del Área Andina que se celebró en Lima, en 1971, uno de los temas importantes que necesitaron analizar fue justamente el financiamiento. La preocupación por lograr que la salud sea un derecho ejercido por toda la población, tenía varios elementos que se contraponían, y uno de ellos era el financiamiento. Por tanto, el tema del financiamiento no es nuevo, no es casual, es un tema que ha movido a todos los Ministerios.

En este sentido, a diferencia de los foros anteriores que trabajaron con mucho detalle los temas: las cuentas nacionales; el gasto; los modelos de financiamiento a partir de la experiencia de los países andinos y de otros países. Este foro abordará dos temas centrales: el primero es la eficiencia del gasto en salud, entendiendo que además de las fuentes de financiamiento, presupuesto, etc., es preciso abordar el amplio tema de la gestión (comprendiendo que el modelo de atención es determinante en el uso de los recursos), de manera más precisa, una pregunta central es ¿Cuál es el sector donde se destina el mayor porcentaje del presupuesto? El segundo panel complementario del primero, nos

permitirá acercarnos al importante y complejo aspecto del significado y peso de las finanzas, particularmente aquella dirigida a los medicamentos, sobre las que pesan intereses empresariales y comerciales, con el uso de presiones directas o indirectas, sea a través de medios de comunicación, empresas e instituciones autodenominadas filantrópicas o instituciones donantes, las cuales financian diversos procedimientos vinculados a la adquisición de medicamentos, equipos, etc.

Entonces, la preocupación central de los Estados está en disminuir los costos y racionalizar el uso de medicamentos y equipos mediante acuerdos conjuntos. La decisión y preocupación de todos los Estados, particularmente del área andina, es trabajar para que estos foros nos ayuden a ver no solo ¿Cuánto se necesita para financiar?, sino ¿Cuál es el nivel de gestión o la calidad de la gestión? ¿Dónde están los puntos que tal vez generan mayores obstáculos y las alternativas de solución? Pero al mismo tiempo también, abordar el tema de la integración, es decir de trabajar en conjunto para buscar mecanismos que permitan resolver todos los problemas -incluyendo la normativa internacional-derivados del derecho o las protecciones a las patentes, de tal suerte que podamos en conjunto, disminuir el precio de todos los medicamentos y al mismo tiempo, generar adquisiciones que sean coherentes y de calidad.

Por todo ello, esperamos que este foro aporte insumos que enriquezcan y orienten a los Estados para que, de manera conjunta e integrada, adopten los mecanismos pertinentes que contribuyan a la toma de decisiones en la próxima Reunión de Ministras y Ministros de Salud

del Área Andina a desarrollarse en la República Bolivariana de Venezuela. Ustedes comprenderán que este foro tiene para nosotros y para los Ministros de Salud, una enorme importancia porque podremos extraer de ambas comisiones, decisiones que permitan brindar insumos para la gestión a los ministros y al mismo tiempo contribuir a fortalecer los demás organismos regionales de integración, particularmente a UNASUR.

Con esto quiero terminar, dándoles nuevamente la bienvenida y solicitarles que consideren este foro como un ámbito en el cual podemos contribuir, de manera que las propuestas sean asumidas por el bien del colectivo y la salud de la población de toda la subregión andina.

Bienvenidos.

Nila Heredia
SECRETARIA EJECUTIVA
ORAS - CONHU



3.2. Intervención del Dr. Rubén Mayorga Sagastume. **Coordinador Subregional del Programa para América del Sur OPS/OMS**

Quisiera comenzar brindando agradecimiento al ORAS - CONHU por mantener este espacio de discusión y análisis de la salud y la economía, en la cual se han podido discutir en los últimos años temas de relevancia para los países de la región, tales como: la implementación de metodologías para medir los flujos financieros en los sistemas de salud o cuentas nacionales; la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud en los países andinos; los principales desafíos para la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud; y el análisis de los espacios fiscales de los países andinos para incrementar el financiamiento público de

la salud. Quisiera resaltar también el trabajo conjunto entre la ORAS - CONHU y la OPS, especialmente reconociendo la iniciativa exitosa de combinar reuniones de diferentes comisiones, como entre la Comisión de Economía de la Salud y la de Medicamentos, con el fin de promover sinergias en las respectivas agendas de trabajo. Medicamentos es un tema que tiene un impacto financiero sobre los sistemas de salud y en los últimos años el incremento de los precios de los medicamentos ha empezado a tener un impacto negativo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud.

En el año 2014, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una Resolución que definía la estrategia para el acceso y cobertura universal de la salud, identificando cuatro líneas estratégicas:

- 1) Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad y centrados en las personas y las comunidades.
- 2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
- 3) Aumentar el financiamiento con equidad y eficiencia y reduciendo el gasto de bolsillo.
- 4) Fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes de la salud.

La agenda de este Séptimo Foro Andino de la Salud y Economía, está plenamente alineada con esta estrategia regional y estamos seguros que se promoverán intercambios de experiencias exitosas entre los países de la región, con la finalidad de hacer realidad el derecho a la salud en la población andina, así como promover los intercambios con los demás mecanismos de integración sudamericanos.

La OPS/OMS está fortaleciendo su trabajo subregional implementando aquí en Lima la coordinación de la cooperación técnica para Sudamérica. Estamos seguros, que se fortalecerá el trabajo conjunto con el ORAS - CONHU y otros procesos de integración

regionales, para implementar la estrategia sanitaria subregional y apoyar a los países en el logro de sus objetivos sanitarios.

Este año se debe implementar también la estrategia subregional Sudamericana de cooperación de la OPS y en la cual la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud será sin duda un punto central de trabajo para esta nueva estrategia. Esperamos colaborar en la realización del taller sobre cuentas nacionales en salud y en el resto de la agenda de desarrollo sanitario del ORAS - CONHU y los demás mecanismos de integración subregionales.

Gracias.



Dr. Rubén Mayorga Sagastume

Coordinador Subregional del Programa para
América del Sur OPS/OMS

3.3. Intervención de la Dra. Mirtha Trujillo Almandoz. **Directora de la Dirección General de Salud Ambiental de Inocuidad Alimentaria (DIGESA), Ministerio de Salud del Perú**

Referirme al Organismo Regional de Salud - Convenio Hipólito Unanue es hablar de 47 años de integración. Asistimos a un proceso de transformación, a un mundo global, a un proceso de integración. Es así que los países andinos (Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela) pretendemos encontrar en esta plataforma, las alternativas de solución que garanticen la salud de nuestros ciudadanos, que garanticen acceso a salud universal, que garanticen acceso a medicamentos. Ese esfuerzo de compartir los alcances que se vienen desarrollando en los respectivos países, contribuirán a que, formalmente se puedan plasmar en leyes que faciliten el acceso de la población a temas de salud.

Debo referirme a la reunión de Ministras y Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), donde se han creado dos comisiones importantes para los sistemas de salud de los Ministerios de Salud de los países andinos, me refiero a la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos y a la Comisión Andina de Salud y Economía (CASE). La primera como respuesta a la necesidad de los países de la subregión andina para superar las limitaciones en el acceso a los medicamentos y la CASE, con la finalidad de promover sistemas que garanticen el acceso universal a la salud. La CASE desarrolla las actividades de generación y difusión de evidencia científica sobre la inversión en salud para el desarrollo económico; el fortalecimiento de los instrumentos de análisis y la evaluación económica en salud; la institucionalización de las unidades y equipos de economía de la salud; además de armonizar las estadísticas de cuentas nacionales de salud; y generar indicadores de salud económicos y financieros en los sistemas nacionales de salud de los

países andinos que son las bases para la implementación de leyes y planes de salud. La CASE tiene como actividad central el Foro Andino de Salud y Economía, el cual tenemos hoy el honor de inaugurar.

El Foro es el espacio propicio para analizar el avance de los sistemas de salud, en cuanto al financiamiento y las estrategias que se vienen desarrollando en la región andina para lograr la eficiencia del gasto en salud en el marco de la cobertura universal. Del mismo modo, se analizará la efectividad del gasto en salud; el impacto del gasto en medicamentos; para lo cual se contará con la participación de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos del ORAS - CONHU. Se puede decir que, desde el punto de vista del financiamiento y el gasto, se busca mejorar la asignación y el uso eficiente de los recursos a través de políticas que orienten acciones sectoriales en salud. La gestión eficiente del sistema de salud centrada en las necesidades de las personas, el acceso universal del ciudadano a los servicios de salud de calidad, la revalorización del personal de salud y la mejora de la infraestructura y equipamiento moderno que interconecte los diferentes servicios de salud.

El VII Foro Andino de Salud y Economía nos permitirá conocer: las experiencias y las lecciones aprendidas de los países participantes, relacionados a qué estrategias se han venido utilizando para reducir significativamente el gasto de bolsillo de los ciudadanos de nuestros respectivos países; buscar la integración del sector salud para hacer efectivas las intervenciones con mayor impacto en el resultado del sector salud. En este año 2017, el Ministerio de Salud Ministerio de Salud

del Perú está buscando que las asignaciones presupuestales destinadas a las prioridades sanitarias nacionales, sean gestionadas de manera eficiente y la calidad del gasto que se realice refleje el esfuerzo de la gestión.

Por otro lado, la falta de acceso a los medicamentos esenciales sigue siendo uno de los problemas latentes y muy graves en la salud pública mundial. En el Perú mejorar el acceso a los medicamentos esenciales es quizá uno de los retos más complejos que le corresponde a la gestión. Se requiere la participación no sólo de sector público, también del sector privado y también de la sociedad civil; todos en conjunto podremos lograr el acceso a la medicación, liderados por el Ministerio de Salud. Debemos combinar esfuerzos y conocimientos para juntos colaborar en la superación de las barreras existentes, entre los que se considere el financiamiento, los precios, los sistemas de adquisición, la distribución, la dispensación y sobre todo el uso adecuado de los mismos en nuestros establecimientos de salud. Garantizar el derecho a la salud conlleva a mejoras en las coberturas de la atención de salud y en la calidad de vida de la población, así como el acceso equitativo a los servicios y a medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad; prevaleciendo los intereses de la salud pública sobre el interés económico. En ese contexto, los países del área andina trabajan en forma coordinada para abordar temas específicos que lleven a mejorar el acceso y el logro de mejoras en el uso de los medicamentos.

Esperamos que esté VII Foro Andino de Salud y Economía, alcance los objetivos propuestos y que sea ésta la plataforma necesaria para unificar decisiones en beneficio de nuestros pueblos. Nos corresponde un gran reto y responsabilidad. Estamos aquí representados los países miembros de la subregión andina con la intención de elaborar las alternativas que nos permitan avanzar y

dar un estándar de vida más alto a nuestra población. ¿Cómo podemos seguir en desarrollo y en crecimiento? Solamente con un pilar básico que es la salud, la salud es la base sobre la cual se soporta el modelo de crecimiento y desarrollo de nuestros pueblos.

Deseo que estos dos días de foro, les posibilite alcanzar los objetivos propuestos para el beneficio de nuestras comunidades, y así mismo, que tengan una excelente estadía aquí en el país.

Muchas gracias.

Dra. Mirtha Trujillo Almandoz

Directora de la Dirección General de Salud Ambiental de Inocuidad Alimentaria (DIGESA),
Ministerio de Salud del Perú





4. PRIMERA SESIÓN: HACIA LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD, ELEMENTOS DE DISCUSIÓN PARA LOS PAÍSES DE LA REGIÓN

Ponencia del Dr. Camilo Cid. Consultor en Salud y Economía OPS/OMS

Para iniciar, me gustaría comentar sobre Kenneth Joseph Arrow (nació el 23 de agosto de 1921, falleció el 21 de febrero de 2017), era un americano economista, matemático, escritor y teórico de la política. Se comenta que es el fundador de la economía de la salud. Es oportuno hacer esta breve reseña en este foro de economía y salud. Arrow, tuvo la virtud de encontrar los defectos de su teoría económica en el ámbito de la salud; seguramente muchos economistas me discutirían esta afirmación. Para mi gusto, Arrow fue capaz de encontrar los defectos de sus propios modelos económicos aplicados a la salud (en el mercado de la salud), describió los problemas de la asignación de recursos en los mercados; el problema de la ausencia de precios; los problemas de externalidades; los problemas de bienes públicos que hacían que los mercados no pudieran funcionar bien en salud. Por lo tanto, planteó que había que generar

una teoría distinta, que él inició. En otro campo, él fue un precursor de la teoría neoclásica, y no es que compartamos todos sus planteamientos, pero particularmente para el campo de la salud, asumió una postura crítica.



◆ Estado del arte del financiamiento de la región

La estrategia de la OPS se basa en un diagnóstico que plantea que la región, a pesar del crecimiento económico de varias décadas y a pesar del esfuerzo por lograr las metas propuestas para el 2015 en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, presenta deficiencias. Muchos países no han logrado las metas de disminución de la mortalidad infantil ni de la mortalidad materna y además, se siguen encontrando importantes inequidades en salud, fruto de problemas de acceso y de problemas de los sistemas de salud.

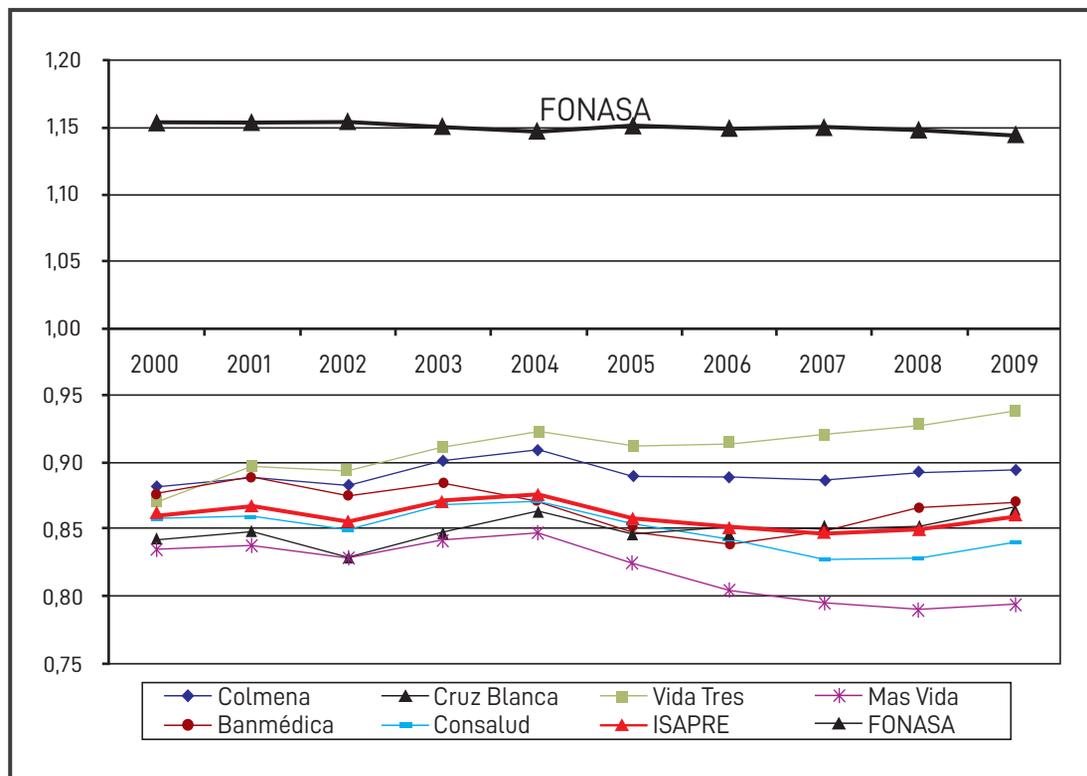
En el 2012, había más de 100 millones de personas mayores de 60 años de edad en la región. Para el 2020 esta cifra se duplicará. El envejecimiento creciente la población y el cambio del perfil epidemiológico, conlleva el reto que los sistemas salud tengan que responder de manera urgente a estas nuevas necesidades.

Otro aspecto importante y bien particular de la región, consiste en sistemas de salud segmentados y fragmentados. La segmentación y fragmentación que se observa resulta en inequidad e ineficiencias que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento. Los sistemas de salud se encuentran

segmentados en el sentido que están compuestos por varios sistemas en un solo país; varios sistemas de salud para distintos tipos de población, que genera distintos tipos de problemas. Los problemas evidentes de equidad tienen que ver con el hecho que distintos segmentos de la población tienen distintos niveles de acceso, por lo tanto, distintos niveles de resultados de salud. Pero también problemas de eficiencia porque la segmentación influye en la falta de solidaridad y en la eficiencia social. La fragmentación indica insuficiente coordinación e integración de los sistemas de salud.

Es decir, esta situación redundante en falta de solidaridad, en problemas de eficiencia, en producción fragmentada y falta de mecanismos de financiamiento adecuados. Hay ejemplos de un par de países: donde se ven 3, 4 ó 5 sistemas distintos de salud, para 3, 4 ó 5 grupos distintos de población. Eso que es normal para nosotros, no es lo común, por ejemplo, en los países europeos o integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), donde lo habitual es que el sistema de salud sea único y que los temas específicos sean marginales.

Gasto por Sexo y Edad y Evidencia de segmentación por riesgos



Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima

Hay evidencia que la situación descrita provoca distintos tipos de acceso y distintos tipos de resultado. Por ejemplo, en el anterior gráfico se aprecia una medición de tipos de riesgo en costo esperado, que está estandarizado. Básicamente, lo que indica es que un grupo poblacional (arriba con línea negra) tiene un costo esperado (es decir riesgo) mucho mayor que el grupo de población que está abajo. Este es el caso de Chile: el grupo de abajo pertenece al sistema privado de salud que tiene, antes de presentar cualquier enfermedad, un costo esperado mucho menor que el grupo que pertenece al seguro público (superior), el cual agrupa a la gente más pobre y con mayores necesidades de salud. Si se realiza esta medición en otros países andinos, en cada uno se podría encontrar estas mismas gráficas diferenciales y seguramente en algunos casos, con mayores brechas. Respecto a los análisis de los costos reales de hombres y mujeres por edad, se encuentra costos crecientes para las mujeres en edad fértil, personas de mayor edad, para las mujeres cuando están en gestación y para las niñas y los niños recién nacidos. La respuesta es que para esta situación están los arreglos institucionales de seguridad social o el Sistema Nacional de Salud que, por ejemplo, pueda generar subsidio entre los distintos grupos que tienen gastos y eventos diferenciales.

4.1. Estrategia Regional de Salud Universal

La Estrategia de Salud Universal está basada en tres principios: la equidad, la solidaridad y el derecho a la salud. Además, plantea cuatro lineamientos estratégicos:

1) Ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud, integrados en Redes Integrales de Salud, de calidad, centrados en las personas y las comunidades en el primer nivel de atención.

2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza: se asume como una estrategia de cambio, ya que el rol de la rectoría y la gobernanza no es simplemente una estructura de gobierno, sino el liderazgo de un proceso necesario de cambio de los sistemas, hacia el de la salud universal.

3) Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, que son muy importantes para la solución de los problemas estructurales en salud.

4) Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se vuelve una barrera en el acceso.

El nombre de la estrategia no es casual. La denominación de cobertura universal de salud que se usa, por ejemplo, por la misma Organización Mundial de la Salud (a la cual la OPS pertenece) y también por otros organismos internacionales, no era suficiente. No era suficiente porque no garantiza una visión de asegurar el derecho a la salud y asegurar el acceso donde se ejerce ese derecho. Entonces, se enfoca al acceso a la salud como ausencia de barreras (reglas financieras, geográficas, etc.) y a la cobertura, no simplemente como una cobertura nominativa o de inscripción de personas, sino como la capacidad del sistema de garantizar el derecho a la salud. En ese sentido, no basta con tener acceso, sino que también la oferta debe estar en capacidad para responder a las necesidades de la población. Esto genera una gran discusión mucho más relevante respecto a los sistemas universales, la idea de la estrategia es reconocer el hecho que la cobertura universal de salud no basta, que es necesario introducir con mayor énfasis el tema del derecho a la salud, y por lo tanto, introducirlo en el tema del acceso. Así lo decidieron los países. La denominación que ahora estamos usando es Salud Universal.

A continuación, se describe el lineamiento estratégico: aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se vuelve una barrera en el acceso.



4.1.1 Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo

Esta línea estratégica tiene las siguientes implicaciones:

1. Aumentar y optimizar el financiamiento público, teniendo como referencia el 6% del PIB: varios países tienen un promedio mucho menor (menos del 4%). Se puso esta referencia por razones técnicas y por razones profundas y más políticas. Las razones técnicas son que los estudios (los mismos que se hicieron para el informe de la Organización Mundial de la Salud en el año 2010 sobre financiamiento) mostraban que los países que llegaban a ese umbral de 6% de inversión pública en salud, lograban ciertos parámetros que permiten afirmar que los sistemas eran relativamente universales. Este es un modelo con 185 países que hizo un equipo interdisciplinario en la OMS. Entonces, la estrategia de la OPS lo plantea como una referencia. En otras palabras, si un país quiere alcanzar la cobertura Universal y el acceso universal a la salud, tiene que invertir más y esa inversión tiene que ser pública.

2. Espacio fiscal para la salud: El aumento del gasto público no se produce espontáneamente, tiene que ser reflexionado de dónde se van a requerir los recursos y de cuál de las varias fuentes va a suministrarse. Una fuente es la prioridad fiscal para la salud, es decir redestinar presupuesto para salud en el presupuesto vigente del sector público. Otras fuentes pueden ser destinar recursos de las Empresas del Estado y aumentar la presión impositiva, que pueden ser los impuestos generales o los impuestos específicos en los rubros que tengan que ver con impacto en la salud (tabaco, alcohol, bebidas azucaradas, etc.). En definitiva, se puede generar la planificación del aumento paulatino de la inversión en salud, dependiendo de las condiciones de cada uno de los países.

3. Aumentar la protección financiera: Por otro lado, el lineamiento plantea la eliminación del gasto directo, en un horizonte de tiempo. Se ha demostrado fehacientemente que el gasto de bolsillo en salud (el gasto en el punto del servicio) genera problemas de acceso y problemas de equidad. Pero también problemas de eficiencia: la solución de problemas de salud le resulta más cara a la gente; después se vuelve más grave; o la gente gasta de su propio bolsillo. Esto en términos sociales produce un gasto innecesario o un gasto que podría ser menor si fuera de manera planificada. Entonces, la estrategia tiene el objetivo de disminuir el gasto de bolsillo que hoy están haciendo los ciudadanos.

4. Eficiencia del gasto público como condición necesaria para reducir desigualdades: El término eficiencia tiene varias implicaciones, que se describen a continuación:

a. Mejorar y fortalecer la eficiencia del financiamiento y de la organización: alinear mecanismos de pago con objetivos sanitarios para modelos de atención centrados en las personas y las comunidades y provisión de servicios de calidad. Una de las implicaciones que la OPS ha hecho notar es el financiamiento de la organización sanitaria o la necesidad de generar mecanismos de financiamiento que sean adecuados y promuevan la organización integrada de los servicios de salud (Redes Integrada de Servicios de Salud). En este sentido, se puede afirmar que existen mecanismos poblacionales de financiamiento, es decir mecanismos que incentiven la actividad en algunos sectores y algunos niveles de

atención. Una combinación de esos mecanismos puede ser planteada para generar eficiencia en el uso los recursos.

b. Racionalizar la introducción de nuevas tecnologías incluidos los medicamentos (evaluación económica y optimización del suministro, procesos transparentes y lucha contra la corrupción): evidentemente, la racionalización de la introducción de nuevas tecnologías siempre es necesaria. Aquí los medicamentos tienen un rol preponderante (avanzar en dar mayores garantías a las personas y en brindar los medicamentos necesarios y con calidad). Pero si ese avance no se produce con la necesaria consideración de medidas regulatorias y de una evaluación económica de la incorporación de nuevas tecnologías, es muy probable que se produzcan espirales de gastos y presiones de todo tipo que terminará afectando los sistemas de salud. Los países que avanzan en este sentido, por ejemplo, Inglaterra y otros países de Europa, lo hacen fuertemente basado en mecanismos de priorización.

5. Equidad en el primer nivel de atención: la equidad implica que el presupuesto tiene que ser gastado de manera eficiente y para reducir las desigualdades. El

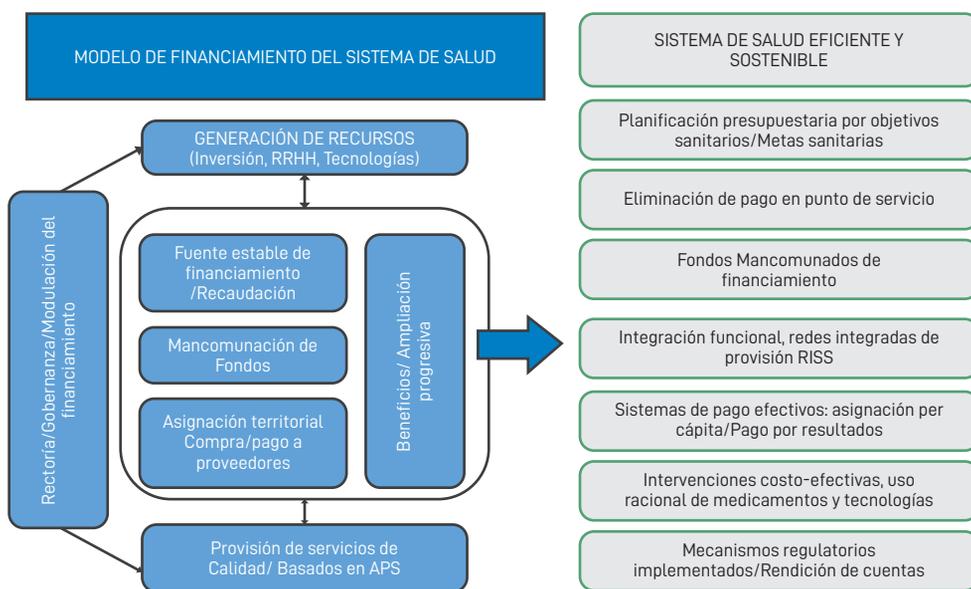
planteamiento es que este nuevo gasto se dirija al primer nivel de atención, porque es allí donde los sistemas pueden, de mejor manera, contener los costos y ser más eficientes; y al mismo tiempo otorgar mayor equidad en la solución de los problemas de salud.

6. Avanzar en la eliminación del pago directo: avanzar en la eliminación del pago directo, también es avanzar hacia mecanismos mancomunados de organización de recursos y de financiamiento de la protección financiera para el acceso y disminución de la inequidad en el acceso a la salud. La estrategia plantea que los nuevos recursos se organicen en fondos únicos o que los fondos mancomunados sean lo más amplio posible, para que por un lado rompan la segmentación, que no existan distintos fondos de asignación de recursos en salud, sino que exista, preferiblemente, solo uno y con mayor solidaridad. Con un fondo único se puede hacer subsidio cruzado entre pobres y ricos; entre sanos y enfermos; entre jóvenes y adultos mayores y, por lo tanto, lograr mayor eficiencia social.

Entonces, la estrategia tiene connotación en los tres niveles de financiamiento: el origen del financiamiento, la mancomunación de los recursos y la forma en que se asignan o se compra (cómo se gastan esos recursos).



Modelo de Financiamiento del sistema de salud



Fuente: Economía y financiamiento OPS/OMS WDC. En : Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

Un modelo de este tipo demanda determinadas características del sistema de salud (ver lado derecho de la figura): un sistema que tiene:

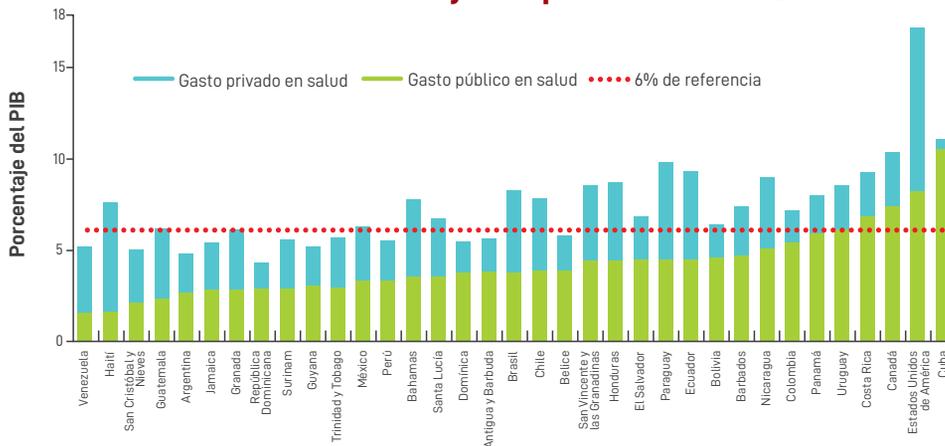
- Una planificación presupuestaria por objetivos o metas sanitarias y que tiende a la eliminación del pago en el punto del servicio.
- Un sistema de financiamiento que promueve fondos mancomunados lo más amplio posible y promueve redes integradas de provisión de servicios de salud.
- Un sistema que genera mecanismos de pago efectivos en función del objetivo anterior y fomenta la incorporación de intervenciones costo-efectivas y el uso racional de medicamentos y tecnologías.
- Un sistema que genera mecanismos regulatorios y también de transparencia y de rendición de cuentas para la buena gobernanza del mismo.

Problemas y desafíos del financiamiento

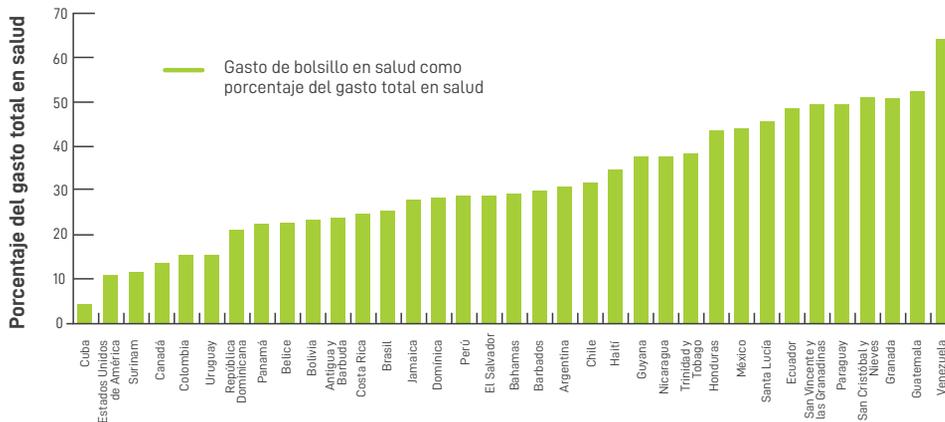
- Se necesita aumentar el nivel de gasto público en salud: La evidencia muestra que un nivel de 6,0 % del PIB es una referencia útil y una condición necesaria, aunque no suficiente. Los estudios de espacio fiscal en salud facilitan la identificación de oportunidades para la generación de recursos adicionales.
- El pago directo, es la fuente más inequitativa e ineficiente de financiamiento: La evidencia muestra que niveles por encima del 20% de gasto de bolsillo aumentan sustancialmente el riesgo de empobrecimiento.
- La mancomunación de fondos es clave para asegurar el acceso universal con protección financiera: requiere de una institucionalidad que garantice sostenibilidad, transparencia y eficiencia en el manejo de los recursos.

4.2. Financiamiento de la salud en las Américas

Gasto total en salud y composición - Año 2014



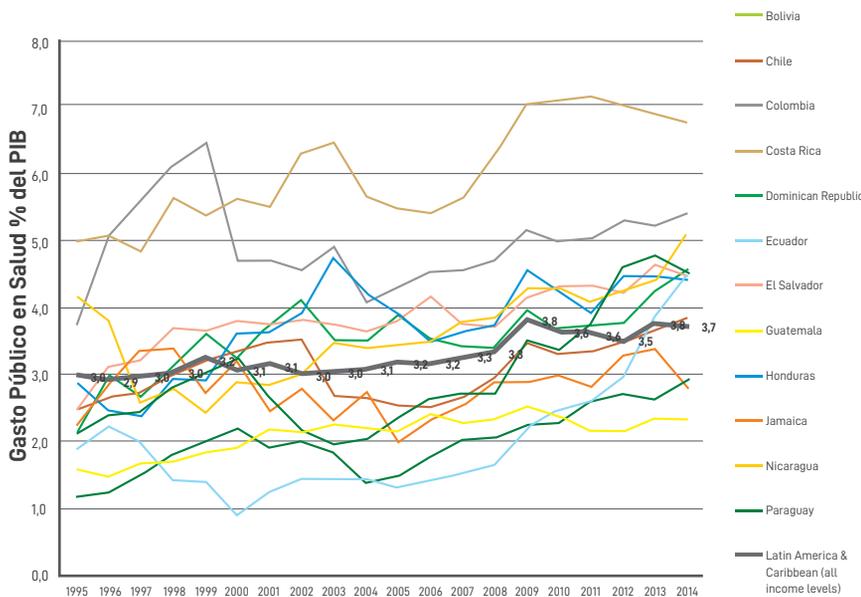
Gasto de bolsillo en salud - Año 2014



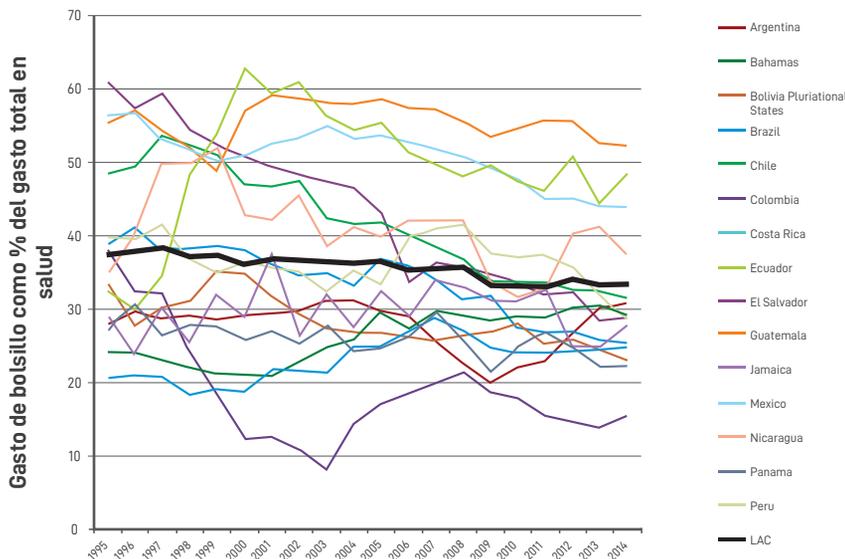
Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima. Elaborado con datos de la OMS (consultados en 2016)

El financiamiento de la salud en América Latina y la región andina está bastante lejos de los objetivos planteados. Por ejemplo, en el anterior gráfico se observa que el gasto total en salud dividido en gasto público y gasto privado (el color verde inferior corresponde al gasto público; y el color azul al gasto privado; y la línea roja punteada es la meta del 6%). Se observa que 5 países de América tienen la meta cumplida: Canadá, Estados Unidos, Cuba, Costa Rica y Uruguay. Ningún país de la región andina cumple la meta. Además de este problema, hay un otro con el gasto de bolsillo (ver gráfico inferior), en el estudio realizado en el 2010 con más de 180 países se planteaba que aquellos que tenían un gasto de bolsillo superior al 20% del gasto total en salud de su país, su población se encuentra en gran riesgo de empobrecimiento. La línea punteada representa ese 20%; vemos que son los mismos países anteriores y se agrega Colombia.

Gasto Público en Salud % del PIB y Gasto de Bolsillo en Salud % del Gasto Total en Salud (países seleccionados y promedio regional)



El desafío es alto para la región. En el anterior gráfico superior, se observa que en 20 años el aumento promedio del gasto público en salud ha sido 0,7 % (de 3 a 3,7 %) del producto interno bruto, si se proyecta linealmente el 6,0 % se lograría en 70 a 80 años. En promedio el gasto de bolsillo en salud en América Latina es un tercio del total de gasto en salud, 20 años atrás era 38%, es decir, la caída del gasto de bolsillo también ha sido bastante moderada (alrededor de 0,8%). En conclusión, el proceso de aumento de Gasto Público en Salud (GPS) y la disminución del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) ha sido demasiado lento.

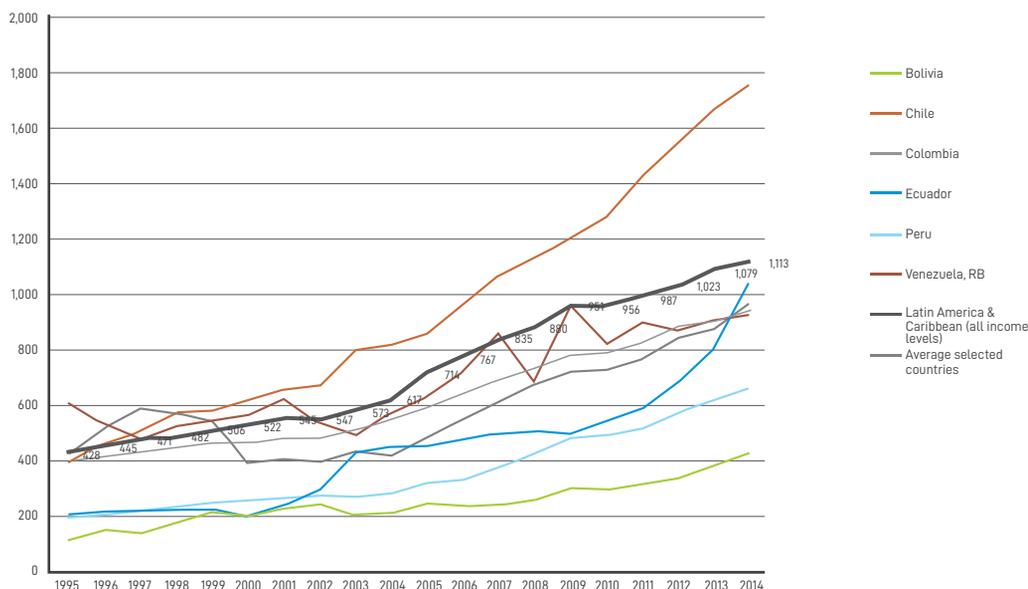


Esto quiere decir que, si los países quieren efectivamente llegar a esta meta de aumento del gasto público, se necesitan acciones adicionales. No podemos esperar que sólo el crecimiento económico y el aumento inercial de la inversión de salud, nos permita llegar a la meta. Un estudio realizado demuestra que pequeñas modificaciones en los impuestos (por ejemplo, nivelar los impuestos de algunos países al promedio regional) permitiría un gran avance: 10 ó 15 países alcanzarían el 6,0 % en el momento que se eleve el impuesto.

Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima. Elaborado con datos del Banco Mundial.

4.3. Financiamiento de la salud en la región andina

Gasto per cápita y Gasto Total en Salud países CASE



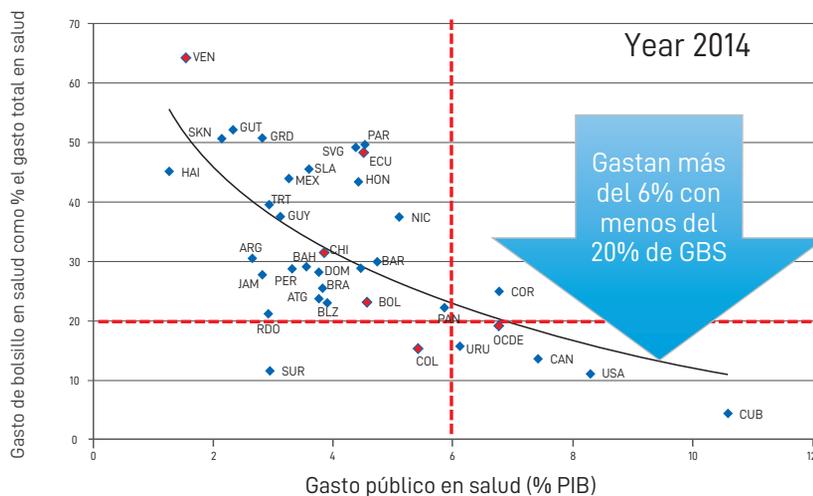
Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

En el caso de los países de la subregión andina, se puede ver que el gasto per cápita en salud ha sido menor que el promedio en América Latina. Incluso sería bastante menor si descontamos a Chile (ver línea superior del gráfico superior). Entonces, es un promedio de crecimiento realmente bajo. Por otro lado, el gasto total en salud como porcentaje del PIB, que partió en 1995 debajo del promedio de América Latina ya lo alcanzó, fundamentalmente impulsado por Chile y Ecuador que han tenido un crecimiento relativamente mayor.

En el caso del gasto público sobre el PIB, el promedio es también similar, impulsado por Colombia, Bolivia y Ecuador (Colombia con un modelo seguridad social; y Bolivia y Ecuador más bien fomentando los modelos del Sistema Nacional de Salud) que coinciden en un aumento importante. El gasto público en salud como porcentaje del gasto total, sigue la misma tendencia impulsada por los mismos países (Colombia, Bolivia y Ecuador).

El gasto de bolsillo de la subregión andina disminuye, al igual que en el conjunto de América Latina. Sin embargo, lo hace menos, Venezuela y Ecuador son los países que notablemente tienen este problema, Ecuador, a pesar de la disminución en el gasto de bolsillo, sigue teniendo un alto gasto de bolsillo; en el caso venezolano, también ha sido y sigue siendo muy alto según las estadísticas de la OMS.

Gasto público para disminuir el gasto de bolsillo en salud



Si se realiza un gráfico del GPS y el GBS de los países andinos, considerando el 6,0 % del PIB para el gasto público en salud (línea vertical) y el 20 % del gasto de bolsillo (línea horizontal), lo deseable es que todos ellos entraran en el cuadrante inferior derecho (véase el gráfico), es decir que el gasto público sea mayor que el 6,0 % y que el gasto de bolsillo sea menor que el 20 %. En este cuadrante se observa a Canadá, Estados Unidos, Uruguay y Cuba.



19

Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

- ### Gasto Público en Salud para mejores resultados sanitarios

Diversos estudios muestran que a mayor gasto público en salud se produce mayor acceso equitativo a servicios de salud de calidad y efectos en los niveles de salud de la población; análisis del Banco Mundial, OMS, OECD y artículos académicos apoyan esta tesis de la estrategia OPS/OMS, 2014. Hay una correlación importante entre aumentar el gasto público y disminuir el gasto de bolsillo. Colombia es el más cercano a lograr la meta, según las estadísticas. Habría que mencionar que Estados Unidos es un caso excepcional. Con ello, no estamos promoviendo su modelo de servicios de salud, que sabemos que tiene muchos problemas y mucha ineficiencia (es el país que destina al gasto en salud el 17% del PIB, equivalente al PIB completo de varios países latinoamericanos) y que obtiene bajos resultados, incluso menores que Cuba, Costa Rica o Chile, por ejemplo.

Pero, ¿Para qué queremos aumentar el gasto salud? Hay evidencia suficiente que muestra que hay una correlación entre el gasto público en salud, la disminución del gasto de bolsillo produce y mejores resultados a nivel poblacional. Señalo, por ejemplo, un estudio del Banco Mundial (2015), una publicación en LANCET, datos de la OMS que muestran que el aumento en el gasto público provoca una caída en la tasa de mortalidad infantil.

El resultado general deseado es que aumente la esperanza de vida y la calidad de vida. En nuestra región la expectativa de vida debiera dar un salto cualitativo para alcanzar a los países más desarrollados. Aún los países "estrellas" de la región que son Cuba, Costa Rica, Chile y Uruguay, en términos de esperanza de vida, están muy bajos en el gráfico mundial. Un año no parece mucho (entre 85 y 86; entre 83 y 84), pero el aumento de la expectativa de vida es muy difícil; se logra en mucho tiempo y con mucho esfuerzo por parte los países.

4.4. Financiamiento y eficiencia en salud

- La eficiencia es uno de los objetivos de políticas de reforma de los sistemas de salud.
 - Depende de las funciones del sistema de salud y de las características institucionales.
 - Contribuye a los objetivos finales de los sistemas, expresados en términos de ganancias en salud y equidad, protección financiera y equidad en el financiamiento.
 - Es una de las condiciones y requisitos para alcanzar los objetivos de la estrategia de acceso y cobertura universal.
- El debate sobre políticas de salud ha sido planteado, en ocasiones, en términos de contradicción de la eficiencia con objetivos de equidad.

La eficiencia es un tema que está presente en todas las reformas. La eficiencia es un principio de la seguridad social y de los sistemas de salud. Todos los sistemas: Sistema Nacional de Salud, Seguro Público de Salud, Sistema de Seguridad Social de Salud, Sistema Privado de Salud, necesitan la eficiencia. Sin eficiencia no son sostenibles. Por lo tanto, la eficiencia la presento como una cuestión técnica que no tiene implícita una cuestión ideológica ni política, sino que se la dan los sistemas mismos, el desarrollo mismo de los sistemas por parte de los países.

La eficiencia depende de las funciones del sistema de salud y de las características institucionales de cada uno de ellos. Su principal expresión es la contribución que pueden hacer los sistemas, expresado en términos de ganancias de salud, equidad, protección financiera y equidad en el financiamiento. La eficiencia general en salud es una combinación de logro en estas variables. Y es una de las condiciones y requisitos para alcanzar la estrategia de salud universal. En el debate sobre política de salud a veces, ha sido planteada la eficiencia como contradicción con la equidad (trade off entre eficiencia y equidad).

Considero que es una falsa disyuntiva, lo que se necesita es hacer eficiencia y que el sistema sea equitativo; qué es distinto a ponerlos en contra.

• Antecedentes relevantes sobre eficiencia

Existen muchos antecedentes de que efectivamente los sistemas de salud presentan grandes ineficiencias. En el estudio de la OMS de 2010 referido, se describen varias ineficiencias, por ejemplo, que entre 30 y 40% el gasto total en salud (una cifra que parece exagerada) sería gasto ineficiente y evitable; y que están basados en los siguientes rubros:

OMS, 2010: Reducción de ineficiencia como estrategia fundamental en el camino hacia la cobertura universal

- Recursos humanos: contratación inadecuada y trabajadores desmotivados.
- Medicamentos: sub-utilización de genéricos y precios elevados, uso irracional, medicamentos de baja calidad.
- Sistema: problemas en las admisiones hospitalarias y duración de la estancia, uso excesivo de equipos, tamaño inadecuado de los hospitales, errores médicos y calidad asistencial insuficiente. Representan entre un 20% a un 40% del gasto total en salud.

OPS, 2014: Fragmentación y segmentación, como otra causa importante de ineficiencia. El mejoramiento de la eficiencia implica intervenciones de carácter sistémico e intersectoriales.

En la reflexión sobre la eficiencia, habría que ver de qué eficiencia estamos hablando y a qué nivel estamos hablando. En la estrategia de salud universal se pueden identificar distintos tipos de eficiencia. En el siguiente cuadro se presentan algunas definiciones de eficiencia

en el ámbito de la salud. Los economistas reconocen básicamente dos tipos de eficiencia: la eficiencia técnica y la eficiencia asignativa. Pero aquí se amplía el abanico de definiciones.

La eficiencia y sus distintas dimensiones

Tipo de eficiencia	Características
Eficiencia en salud	Consiste en lograr el objetivo de aumentar el bienestar de salud a la población con protección financiera sobre la base de un recurso dado y al menor costo posible.
Eficiencia técnica en salud	Es la utilización de los recursos productivos disponibles (recurso humano, el capital, la tecnología, etc.) de manera óptima, hacer lo mejor posible con los insumos dados, funciones de la producción que sea capaz de generar el mayor producto en salud.
Eficiencia económica en salud	Realizar eficiencia productiva o técnica al menor costo posible. También se denomina costo-efectividad en evaluación económica. Incorpora también el concepto de costo-oportunidad, que lo que se hace en un proyecto, una iniciativa, una intervención de salud, significa dejar de hacer otra. Entonces, tiene que compararse con lo que se pudo haber hecho con esos recursos y no simplemente referirnos a lo que ocurrió. La eficiencia no es comparada solamente con lo que hicimos (bien), sino contra la posibilidad de haber hecho otra cosa mejor.
Eficiencia asignativa o distributiva en salud	Se refiere a la situación concreta del sector salud y la globalidad del sector. Implica lograr eficiencia económica respondiendo a las necesidades de salud y su demanda. Incorpora a otros sectores y a los determinantes sociales de la salud. No basta con producir bien y al menor costo posible, sino con producir en relación con la necesidad de salud, con lo que la gente está demandando.
Eficiencia dinámica en salud	Tiene que ver con asegurar eficiencia a través de la innovación en el tiempo y que estos niveles de eficiencia sean sostenibles, que le permitan al sistema ir asumiendo las innovaciones tecnológicas, la innovación en la gestión y permitiendo la sostenibilidad del sistema en el tiempo. Considera la complementariedad, el encadenamiento de redes entre entidades y el proceso de construcción de arreglos institucionales para el aprendizaje.

Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

Cuando uno se encuentra con un Ministro de Finanzas de los países andinos (a quienes respetamos mucho) su discurso es más o menos parecido: *"Para aumentar los recursos en salud, primero demuestren que ha aumentado la eficiencia"*. En respuesta, hay que tener en cuenta dos aspectos: primero, cuando uno quiere un proyecto de mejora de la eficiencia, necesita recursos como cualquier proyecto; pero para mejorar la eficiencia,

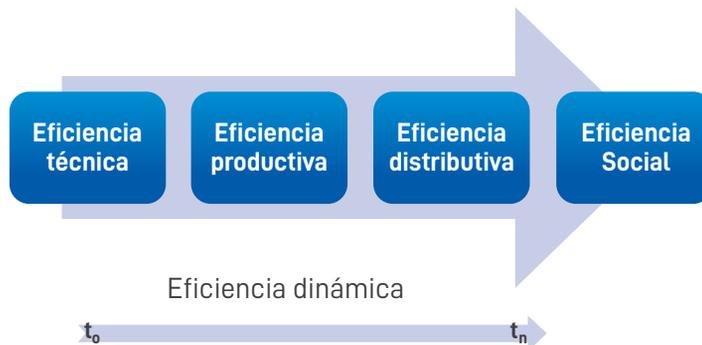
cuánto recurso se necesita. Segundo, cuál eficiencia queremos aumentar, y dónde nos vamos a focalizar: la eficiencia técnica, la eficiencia productiva, la eficiencia distributiva; cómo adoptará el sistema la eficiencia dinámica. En resumen, la eficiencia es hacer lo correcto; lo que la sociedad necesita en salud, hacerlo bien y de manera sostenible.

Eficiencia en la estrategia Salud Universal de la OPS

Analizar diferentes aplicaciones del concepto de eficiencia y establecer relaciones con la búsqueda de equidad en salud, a través de las implicaciones en eficiencia de la estrategia.

- La estrategia de Salud Universal tiene como objetivo construir un camino hacia el acceso y la cobertura a través de diferentes intervenciones articuladas.
- Asume la equidad como pilar transversal, procura garantizar acceso en función de las necesidades de salud y no por capacidades contributivas o de pago.
- Disminuir las desigualdades en los resultados de salud que resultan del acceso inequitativo.
- Reconoce relaciones sinérgicas entre eficiencia y equidad en cada una de las intervenciones contempladas.
- Las mejoras de eficiencia no son una cuestión meramente técnica. Los desafíos de los procesos de

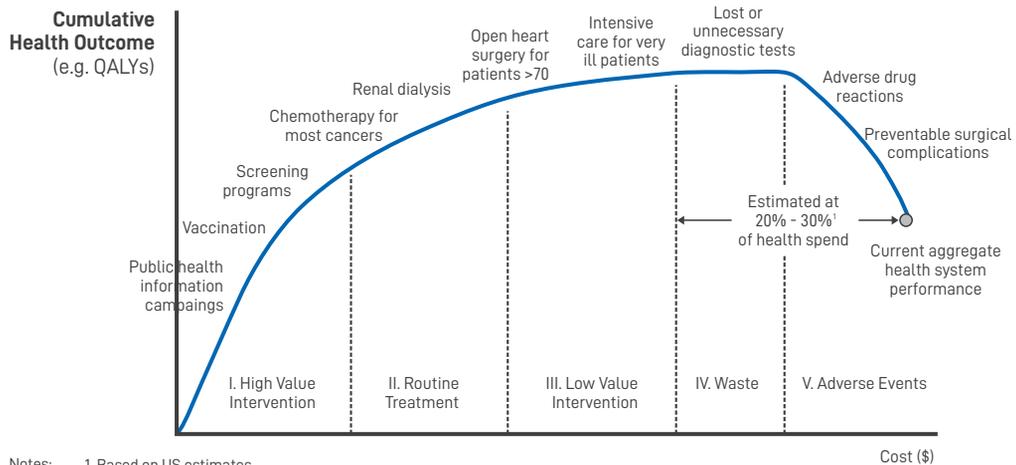
"Aumentar la eficiencia primero" ¿Cuál? ¿Cómo? ¿Cuánto cuesta?



Hacer lo correcto, lo que la sociedad necesita, hacerlo bien y de manera sostenible

Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

Health System Performance



Notes: 1. Based on US estimates
Source: Pacific Strategy Partners analysis; To Tengs, et al, "Five-hundred life saving interventions and their cost effectiveness", Risk Analysis, 1995, 15(3):369-489; Institute of Medicine of the National Academies, Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America, 2012; DM Berwick & AD Hackbarth, "Eliminating Waste in US Health Care", Journal of the American Medical Association, 2012, 307(14): 1513-1516; Pricewaterhouse Coopers (PWC) Health Research Institute, The Price of Excess: Identifying Waste in Healthcare Spending, 2008

Hay amplia evidencia de que hay ciertas intervenciones que son más eficientes que otras. En el gráfico (extraído de "Strategic Review of Health and Medical Research" Summary Report, February 2013) muestra en el eje vertical la ganancia en salud expresado en QALYs (años de vida ajustados por calidad) y en el eje horizontal el tipo de intervenciones. Lo que se muestra en el gráfico, es que las intervenciones más baratas son las que tienen mayor

impacto en términos de calidad de vida: las campañas de información pública; las campañas de vacunación; etc. Por el lado derecho, hay intervenciones que nos hacen retroceder como es el caso de los eventos adversos o la presencia de desperdicios como, por ejemplo, hacer pruebas de diagnóstico innecesarias.

4.4.1 Herramientas para la eficiencia

Hay ciertas medidas que están estandarizadas y que permiten ganar eficiencia en todos los sentidos:

- 1) En la evaluación de tecnología para la incorporación al sistema.
- 2) Las guías clínicas, que contribuyen a la reducción de la variación de la práctica médica, que como toda forma de protocolización de guías clínicas, ayudan a controlar situaciones que produce aumento de los costos.
- 3) El tema de recursos humanos, que requiere una fuerte intervención y desarrollo para que sean adecuados a los sistemas de salud que se quieren implementar: sistema basado en el primer nivel de atención e integrado.
- 4) La compra centralizada de medicamentos, la economía de escala en los procesos, la regulación de todo tipo (incluyendo si es factible en los países la regulación de precios), el aumento de la cobertura que siempre aparece, por la necesidad de la extensión del uso de medicamento y que se produzca de la manera más controlada en término de costos.
- 5) El tema del mecanismo de pago y sistema de pago a proveedores (resulta muy importante para los países), ha generado impactos mayores en términos de contención de costos.
- 6) Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que está más asociado en la Estrategia al desarrollo del primer nivel, que no solamente se da en respuesta a los problemas de insuficiente equidad y acceso, sino que también es donde las intervenciones son más eficientes y más costo efectivas.
- 7) La generación amplia de recursos y su mancomunación para superar la segmentación, lograr mayor solidaridad y eficiencia social, tener un solo "pool" es más eficiente, eliminar los gastos de transacción que produce la multiplicidad de aseguramiento, aprovechar la ventaja que tiene un solo "pool" (las economías de escala, la planificación, etc., produce una ganancia importante en eficiencia.
- 8) Los temas de desarrollo de sistemas de información y la transparencia, en este sentido, la Estrategia se plantea combatir la corrupción como un mecanismo de ganancia de eficiencia.

Para avanzar hacia los sistemas integrados se requiere modificar los sistemas de asignación de recursos, desde sistemas de pago por acto (denominado fee for service), al sistema de pago mixto que incorporan los pagos por resultado, los pagos per cápita poblacionales, los pagos ajustados por riesgo, mecanismos que promueven la eficiencia del sistema y que estén acordes, que sean funcionales con la idea de que estos sistemas se integren y que no sigan funcionando de manera fragmentada.

Teniendo claro que lo que está en juego en un sistema de pago son los riesgos de quién va asumir la pérdida financiera que genera la enfermedad (cuando hay una

enfermedad se produce una pérdida por el costo del tratamiento, por la ausencia al trabajo, en fin, una serie de riesgos que provoca y que alguien los paga). Los mecanismos de pago tienen que tender a que estos riesgos sean compartidos entre proveedores y financiadores, y hay una serie de experiencias internacionales que permiten avanzar hacia el compartir riesgos para que el sistema sea más eficiente y que unos entiendan que están muy preocupados por el financiamiento y otros entiendan que están muy desentendidos.

4.5. Conclusión

Líneas estratégicas, problemáticas y dimensiones de eficiencia

Líneas estratégicas	Problemáticas	Dimensiones de eficiencia
Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales de calidad, centrados en las personas y las comunidades.	Problemas de organización y desempeño de los servicios de salud.	Mejorar eficiencia y efectividad a través de un sistema de servicios de salud basado en APS.
Fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza.	Debilidad de la autoridad rectora del Estado para definir normas (reglas de juego) del sistema de salud y garantizar su cumplimiento.	Fortalecimiento y diseño de mecanismos de regulación con incentivos para mejorar la eficiencia en la provisión de servicios de salud.
Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.	Escasa integración y priorización del sector salud en el marco de las políticas sociales del Estado.	Priorizar el gasto público en salud en el marco de políticas sociales universales más efectivas y eficientes.
Aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia y avanzar hacia la eliminación del pago directo.	Deficiente financiamiento desde los gobiernos al sistema de salud, con segmentación y fragmentación.	Aumento de recursos fiscales para evitar el gasto directo y gasto mancomunado mejorando eficiencia y equidad en la función de aseguramiento. Utilización de mecanismos de pago que promuevan eficiencia y acompañen objetivos sanitarios.

Fuente: Cid (2017). Conferencia Hacia la eficiencia del gasto en salud, elementos de discusión para los países de la región. Lima.

En la estrategia de salud universal se tienen cuatro lineamientos estratégicos y en cada uno se identifican temas relacionados con la eficiencia.

El primero de los lineamientos estratégicos es ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades, por lo tanto, corresponde mejorar la eficiencia y la efectividad a través de un sistema de servicio de salud basado en la atención primaria, el planteamiento central de la estrategia es aumentar la eficiencia a través del fortalecimiento del primer nivel de atención con la estrategia de atención primaria de la salud.

La segunda línea estratégica es el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza lo que se requiere es el fortalecimiento del diseño de mecanismos de regulación con incentivos para mejorar la eficiencia en la provisión de los servicios. Cuando se quiere impulsar un nuevo mecanismo de asignación, se necesita capacidad regulatoria y de rectoría en los Ministerios de Salud, que permitan desarrollar estos proyectos. Algo muy importante es que la estrategia está planteada como un proceso de

cambio; en este sentido, la rectoría y la gobernanza se plantean con un rol de liderazgo y conductor de un proceso, no solo como una cuestión estática sino con la necesidad de generar liderazgo en el cambio del sistema.

La tercera línea estratégica es la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud, se trata de priorizar el gasto público en salud en el marco de políticas sociales universales más efectivas y eficientes.

La cuarta línea estratégica es mejorar el financiamiento, para lo cual se requiere aumentar los recursos fiscales para evitar el gasto directo y usar el gasto mancomunado, mejorando la eficiencia y equidad en función del aseguramiento. La utilización del mecanismo de pago que promueva la eficiencia y que acompañe los objetivos sanitarios.

Un segundo bloque de conclusiones es que, en la estrategia, que es una estrategia de cambios, se pueden apreciar distintos niveles de eficiencia que pueden ser

abordados: la eficiencia productiva, que identifica cómo los sistemas de salud producen y combinan sus recursos para producir de la mejor manera posible; allí la sugerencia es un sistema integrado de salud. La eficiencia técnica, es decir, cómo se produce con control presupuestario, con control de costo. La eficiencia asignativa, que busca producir hacia el campo de la salud en respuesta a lo que realmente necesita la población y que está muy relacionada con la eficiencia asignativa.

Existe una relación sinérgica entre eficiencia y equidad, que contrasta con perspectivas de oposición y miradas reduccionistas que la ven en forma lineal y como suma de actividades costo-efectivas, que tienden a ver la equidad como un elemento residual. En los modelos económicos se determinan niveles de eficiencia, puntos de equilibrio y efectivamente la forma en que se distribuyen los resultados es un efecto residual, dado que, en el modelo, las dotaciones iniciales (lo que tienen las personas ex ante) no importan, la distribución de los ingresos no importa. Esto generalmente se nos olvida y por eso la equidad se queda como algo residual. En la estrategia, y también en la economía de la salud, la equidad se desarrolla como algo dentro del modelo (algo que hace al modelo en sí mismo), por lo tanto, de lo que se trata es de promover la eficiencia en un modelo que sea equitativo.

La otra conclusión importante es la necesidad de considerar en la economía política estos procesos que son complejos: avanzar en el aumento del gasto público en salud (más en algunos países que otros); avanzar en superar la segmentación (por ejemplo, en algunos países ya hay sistemas privados de salud que están utilizando fuentes públicas y similares, que generan que sea muy difícil superar la segmentación). En virtud de ello, se ha planteado en la estrategia promover diálogos sociales ampliados de manera que la sociedad en su conjunto, tome conciencia de la necesidad de este cambio y que estos de estos diálogos sean sustentados técnicamente de la mejor manera posible.

Como comentario final, quisiera mencionar que la resolución de la OPS puede ser una guía práctica para transformaciones; que mira el acceso y la cobertura como un derecho, más allá de las formas que adquieran en los sistemas; que las implicancias que tiene sobre el financiamiento en la salud son profundas; son importantes y profundas también. Se reafirma el propósito de terminar con el gasto de bolsillo, promover la mancomunación de fondos, aumentar el gasto público, priorizar el primer nivel. Es fundamental que los países aumenten su gasto en salud en el tiempo, pero se requiere un cambio de velocidad y eso implica políticas que manifiesten esa voluntad de cambio. Por ejemplo, hemos realizado estudios en algunos países (Bolivia, Honduras y Perú) con el objetivo de encontrar recursos para aumentar el gasto público en salud; las conclusiones generales (no voy a detallar el caso de Perú) es que esos espacios se pueden encontrar y, que la dificultad no está allí sino en el debate político para tomar realmente esta decisión. Entonces la decisión política y el diálogo social se vuelven muy relevantes.

No ignoramos que la región se encuentra un momento económico bastante complejo, quizás no es el caso de Perú, pero especialmente de Ecuador, Brasil y Argentina que han tenido una caída importante del producto interno bruto. No obstante, hay una alineación de los Consejos de la CEPAL y el nuestro, que la política fiscal debe tener un componente de política social fiscal y que tiene que ser contra cíclica (en los momentos de recesión o momento de contracción económica, el fisco lo que hace es expandir el gasto; y en los momentos de auge económico el fisco lo que hace es ahorrar para cubrir déficits anteriores). Por lo tanto, si le agregamos otros elementos (el aporte que la salud hace al crecimiento y al desarrollo de los países), uno podría sostener que hay razones para invertir en salud ahora, más que cuando se está en auge pleno en la economía.



5. FORO PRESENTACIÓN DE PAÍSES: HACIA LA EFICIENCIA DEL GASTO EN SALUD

En el VII Foro Andino de Salud y Economía, los delegados de la Comisión Andina de Salud y Economía de los países andinos realizaron presentaciones en las cuales, de acuerdo con los lineamientos brindados por el ORAS - CONHU, abordaron los siguientes ejes temáticos: la estructura del sistema de salud y del financiamiento, los logros y las perspectivas, referidas principalmente a la eficiencia en el gasto.

A continuación se presenta una síntesis relativa a las características del financiamiento, las fuentes de financiación, logros y perspectivas, no se exponen las características de la estructura de los sistemas de salud de los países andinos ya que algunas de estas particularidades se incluyeron en el Plan Estratégico del ORAS - CONHU, 2018.

5.1. Características del financiamiento de los sistemas de salud de los países andinos

En seguida, se presenta un resumen sobre los aspectos mencionados en las presentaciones alusivas a las características del financiamiento del sistema de salud.

Bolivia: Lic. Oscar José Roberto Ávila Cárcamo

Respecto a la estructura del financiamiento, el delegado de Bolivia, argumentó:

El modelo de financiamiento sanitario en Bolivia está bajo la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que busca contribuir a la eliminación de la exclusión social en salud y mejorar las condiciones de vida de la población, basándose en una estrategia de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la participación social, la interculturalidad, la intersectorialidad y la integralidad.

Existe el sector público, el sector del seguro social y el sector privado. Dentro del sector público está la administración pública, a cargo de los Ministerios, que en el caso de salud tiene al Ministro de Salud como cabeza del sector. También se encuentran las instancias de gobernaciones, municipios e instituciones descentralizadas, que son también parte del sistema. Además, los establecimientos de salud pública que cuentan con todos los niveles de atención (primer nivel,

segundo nivel y tercer nivel de atención en salud). En cuanto al seguro social tenemos varias cajas que tienen sus propios establecimientos de salud, pero en algunos casos compran servicios a establecimientos privados o inclusive a establecimientos del sector público.

El sector privado está compuesto por dos grupos: el seguro social privado, con cajas que se manejan de manera privada y también con aportes patronales, pero que tienen otro tipo de prestación de servicios pues no tienen clínicas ni centros, sino que básicamente compran servicios. Luego están las compañías de seguros, que brindan las atenciones de salud a las personas que compran las pólizas de seguro; estas compañías trabajan con establecimientos privados, que brindan los servicios. Por último, se tiene a los hogares y a las ONG, que son instancias que financian

salud (principalmente en hogares que hacen el gasto de bolsillo), netamente en establecimientos privados (muy poco en establecimientos públicos).

En efecto, en Bolivia se tienen tres modelos sanitarios desde el punto de vista del financiamiento: el modelo sanitario Bismarck, expresado en el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y que es financiado fundamentalmente por el aporte patronal del 10% de la nómina de la planilla general de las empresas, sean públicas o privadas. También se puede apreciar el modelo sanitario de Beveridge en lo que se refiere a salud pública y que es financiado principalmente por el aporte del Estado, como en el caso de la Ley 475, que

destina presupuesto a cada municipio para que haga la ejecución y el pago de los servicios de salud para algunos segmentos de la población (menores de 5 años, mayores de 60, población en situación de discapacidad y para las mujeres en edad fértil, algunas prestaciones de salud sexual reproductiva, pero sobre todo las mujeres embarazadas), los cuales no tienen la cobertura del Seguro Social de Corto Plazo. Finalmente, el modelo sanitario privado, expresado en la atención privada y es financiado principalmente por el gasto de bolsillo de las familias.

En cuanto a las fuentes de financiamiento el expositor de Bolivia, explicó:

En lo que se refiere al financiamiento del Sistema Sanitario, en Bolivia se tienen identificadas cinco fuentes: primero, los fondos financieros del Tesoro General de la Nación (TGN), que básicamente vienen de todos los impuestos nacionales que se recaudan que son distribuidos a gobernaciones, municipios, el propio TGN (que se queda con el 75,0%) y universidades (que reciben un 5%). Los gobiernos municipales están obligados a financiar con el 15,5% de los recursos recibidos, la atención de salud para los grupos poblacionales mencionados y son responsables de hacer el pago a todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención. La segunda fuente son los recursos de la coparticipación tributaria municipal en tendencia creciente. Después de establecer muchas estrategias para financiar la salud, en Bolivia estamos convencidos de que los recursos de coparticipación que vienen de estos impuestos, siempre tienden a crecer en el tiempo (en 2009 hubo una ligera caída en la recaudación, pero en general siempre es una recaudación creciente) lo que es una condición para que se puedan considerar como una fuente importante para

financiar la salud, principalmente en el ámbito público. En tercer lugar, se tiene el impuesto directo a los hidrocarburos, que son recursos que van a gobernaciones y municipios. Después de su nacionalización, los ingresos generados por la industria de los hidrocarburos, son una fuente de ingresos, aunque más irregulares y menos sostenibles porque estos ingresos dependen de los volúmenes de producción y de los precios internacionales.

Una cuarta fuente de financiamiento es el gasto de bolsillo. Finalmente, la quinta fuente de financiamiento se refiere al aporte que dan las empresas públicas y privadas al Seguro Social de Corto Plazo, la cual cubre el 10% del total de la población asalariada, pero que es exclusiva para la población que tiene esta cobertura (empleados y sus beneficiarios). Esta fuente incluye el aporte del 3% de la renta mensual de la población jubilada.



Chile: Dra. Andrea Jimena Arenas Gómez

Sistema Público: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

- En la modalidad de atención institucional (MAI) no existe un esquema integrado ni uniforme.
- APS municipal: coexisten tres fuentes de financiamiento (capitación, programas en convenio, aportes municipales).
- SNSS: Marco de presupuesto global al interior del cual hay pago por prestación (PPV) y saldo de ajuste histórico (PPI).
- Compras hacia prestadores privados por MLE (alto gasto de bolsillo).
- 2015: Proyecto Piloto pago por Grupo Relacionado de Diagnóstico (GRD) (14 hospitales).

Sistema Privado: Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES)

En la libre elección: preferentemente pago por prestación.

- En GES y prestadores preferentes: pago por caso y ensaya pago por GRD.

Sistema de las Fuerzas Armadas

La delegada de Chile destacó que el sistema de salud tiene "múltiples sistemas de pago", y lo expuso de la siguiente manera:

Respecto al sistema de aseguramiento, se tiene básicamente tres sistemas: el sistema público que se llama FONASA, el sistema privado que son las ISAPRE y el sistema de las Fuerzas Armadas. El sistema público tiene una administración estatal y se financia con el aporte de la cotización obligatoria de salud de los individuos y también tiene aportes fiscales. Los prestadores son del Estado y también hay prestadores privados que funcionan a través de una modalidad de libre elección. Este es un tipo de seguro social Bismarck y es solidario, como característica principal.

Por otro lado, tenemos un fuerte sistema privado que son las ISAPRE, que tienen una administración privada con fines de

lucro, se financia con el aporte de la cotización obligatoria de los individuos y además algunos individuos tienen aportes adicionales al 7%, en promedio está en un 10% de aportes; los prestadores son privados. Este es un seguro privado de salud y no es solidario porque se cobran primas con relación al riesgo individual de las personas. Por último, el sistema de las fuerzas armadas (exclusivo para las fuerzas armadas de Chile) que también tiene una administración estatal con el financiamiento de los individuos y del Estado; los prestadores son estatales (de las fuerzas armadas). Es un seguro social de salud y es solidario también.

Respecto a las fuentes de financiamiento la delegada de Chile, explicó:

FONASA, es decir el sector público, se financia principalmente de aporte fiscal en un 57%. El 36% corresponde a cotizaciones de los afiliados y un 7% corresponde a copagos; es decir, el sistema público se financia principalmente de aportes del Estado a través de impuestos. Por otro lado, las ISAPRE, que son el sistema privado, se financian casi en un 100% por las cotizaciones de los afiliados y los copagos; un 52% son cotizaciones legales y un 18% son cotizaciones voluntarias adicionales al 7%; un 27% corresponde a copagos y solo un 2% corresponde el aporte de empleadores.

Las cotizaciones tanto del sistema público y el privado, se parecen un poco; por ejemplo, FONASA tiene un 23% de cotizaciones y las ISAPRES un 26%, incluso un poco más que el sector público. Pero la gran disyuntiva que tenemos es que las ISAPRE cubren a 3 millones de beneficiarios, versus FONASA que es el sistema público que cubre 13 millones 400 mil, o sea que, entre los aportes fiscales y las cotizaciones de FONASA (que son un 59%), se cubre el 75% de la población y eso se traduce que el gasto per cápita de la ISAPRE es más del doble que el de FONASA.

Colombia: Dr. Gilberto Baron Leguizamón

El delegado de Colombia explicó el sistema de financiamiento de la siguiente manera:

El Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), denominado actualmente Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es el mecanismo más importante de gestión de los recursos de financiación y realiza operaciones de compensación, redistribución y solidaridad entre los grupos de población. El sistema de seguridad social es básicamente público, aunque participan entidades privadas como lo contempla la Ley 100 de 1993. La fuente de financiamiento para los dos sectores es la siguiente: El sistema del régimen subsidiado está cubierto por dos fuentes importantes: 1) Fuente de solidaridad del régimen contributivo al subsidiado, quienes cotizan en el contributivo pagan 12.5% y un punto de lo que pagan se transfiere al régimen subsidiado; 2) Recursos de origen fiscal, también hay en menor medida recursos pequeños de tipo parafiscal. En este momento, la composición del financiamiento es más en términos de impuestos generales que en términos de contribuciones obligatorias. Luego están otros recursos que son parafiscales, como el impuesto a la nómina en el caso de las Cajas de Compensación Familiar (CCF) y el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), que tiene el tratamiento de un seguro obligatorio y cuyos recursos se destinan a cubrir tanto eventos catastróficos como el déficit en financiamiento del régimen subsidiado. Finalmente, hay otros recursos que también tienen la característica de ser de origen público. Aquí estarían las rentas generales, la renta cedida de la nación a los departamentos y, en general, los recursos también de origen departamental y de origen municipal que se dedican a salud. También hay recursos que son de origen del presupuesto general de la nación; donde están, por ejemplo, las regalías, los fondos petroleros, etc.

Con todos estos recursos, se conforma los recursos que están en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) en salud. Este fondo se alimenta de lo que proviene de estas fuentes y de ahí es que se distribuye al resto del sistema. El grueso de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), van para las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y para la EPS del régimen subsidiado. Estas EPS hacen contrato con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) privadas, en el caso del régimen contributivo; en el caso del régimen subsidiado se hace contratos con las IPS o Entidades Sociales del Estado (hospitales que conforman la red pública). La red pública está compuesta por hospitales clasificados según tres niveles de complejidad. Las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) prestan los servicios de salud a la población asalariada y a los trabajadores independientes. La red pública, (hospitales públicos y entidades sociales del Estado) y la red privada prestan servicios a personas sin capacidad de pago básicamente del régimen subsidiado y personas no afiliadas al sistema. En el caso de los regímenes especiales, contratan con sus propias EPS, y los servicios que prestan atienden fundamentalmente a los trabajadores y pensionados de esos regímenes. Por el lado del sector privado, las fuentes de financiamiento son básicamente seguros voluntarios (pólizas de hospitalización de accidentes personales y seguros de salud en general) que se realizan en el mercado a través de las compañías de seguros y están los pagos directos de bolsillo (los copagos y las cuotas moderadoras). Finalmente, estas prestaciones por parte de los privados van a atender a una parte de la población con altos ingresos y con alta capacidad de pago.

En relación a las fuentes de financiamiento, el delegado de Colombia enfatizó:

El fuerte son los recursos de origen nacional. Luego está el esquema de pagos voluntarios, los esquemas de pagos directos (gasto de bolsillo) y al final, los esquemas de financiamiento externo. Hay transferencias desde el gobierno nacional a los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, a las Empresas Promotoras de Salud (ellas hacen los contratos con los fondos departamentales y municipales) y a otras unidades de gobierno que también movilizan recursos. El gasto total se financia fundamentalmente con los recursos provenientes de impuestos generales y contribución a la seguridad social (73% del gasto total que es financiación pública) con fondos públicos y corresponden al gasto público; los seguros privados no pasan del 10% y el gasto de bolsillo es bajo.



Ecuador: Dra. Ana Cristina Mena Ureta

La delegada de Ecuador, explicó el sistema de financiamiento del siguiente modo:

En la red pública integral, el Ministerio de Salud está financiado básicamente por recursos fiscales, es decir, las asignaciones provienen del presupuesto general del Estado. Mientras que los demás prestadores, al ser regímenes de seguridad social, están básicamente financiados por contribuciones personales y patronales, con características específicas para cada uno de ellos. Pero adicionalmente, el Régimen de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, cuentan con recursos fiscales que financian la provisión de servicios. En cuanto a la gestión de los recursos, cada uno de ellos maneja una gestión individual de los mismos; son fondos específicos que se manejan de manera separada, con criterios individuales para su gestión. No existe homologación en los criterios para la gestión de estos recursos y adicionalmente, no existe una mancomunación de fondos.

En cuanto a la compra y a la provisión de servicios, cada uno de estos actores maneja distintos mecanismos de asignación y pago. El Ministerio de Salud Pública, por ejemplo, maneja una asignación basada en presupuestos históricos, para sus establecimientos de salud; la

seguridad social maneja asignaciones basadas en las prestaciones realizadas; y distintos criterios para los otros regímenes. Cuando hablamos del pago para la prestación de servicios, la generalidad está dada por la compra por prestaciones, obviamente con las ineficiencias que este tipo de modalidad acarrea, pero cada una con criterios diferenciados. Existe una compra de servicios entre prestadores: la población puede recibir atención en cualquiera de los establecimientos de salud de estos actores, pero el reconocimiento económico se realiza por parte del financiador de esa prestación. Las fuentes de financiamiento de la red privada complementaria, están dadas por el gasto de bolsillo. Los hogares tienen una participación del 55% en el gasto total del país, es un porcentaje bastante elevado y bastante lejano de los porcentajes recomendados entre el 15 y el 20%. El gasto individual del Gobierno General se ubica en el 38%; y el gasto colectivo del Gobierno General está en alrededor del 6%, ubicando en 44% el gasto total del Gobierno General. Existe una mínima proporción de las otras instituciones".



Perú: Dr. Arturo Arévalo Luna

El delegado de Perú, explicó el sistema de financiamiento como sigue:

Cuando hacemos el análisis de los principales agentes financiadores de la salud, tenemos el gasto del gobierno

(32,8%), cuyo comportamiento en los últimos años muestra un incremento importante; el gasto de los

hogares o gasto de bolsillo (28,5%); y el gasto de los diferentes empleadores (30,0%) que participan directamente en este proceso. Se ha dado un crecimiento importante del financiamiento por parte del gobierno en los últimos años y el gasto de los hogares se va reduciendo. Se tienen personas que cuentan con más de un seguro de salud.

En cuanto al financiamiento público en salud a nivel nacional, el Ministerio de Salud, como parte del Gobierno Nacional (GN), así como los Gobiernos Regionales (GR) y los Gobiernos Locales (GL), desempeñan funciones relacionadas al sector salud, dispuestas a través de las leyes que regulan la distribución de competencias territoriales. Estas funciones vienen acompañadas de sus respectivos presupuestos, los cuales son asignados a través de la Ley de Presupuesto del año correspondiente y es el presupuesto que finalmente deben gastar las entidades de los distintos niveles de gobierno. Se puede observar un mayor gasto a nivel de GN, seguido del GR, aunque entre 2012 y 2014, los presupuestos fueron similares. Sin embargo, en 2015 el presupuesto a nivel GN creció apreciablemente, dejando por debajo al GR. No obstante, la tendencia de ambos niveles de financiamiento es al alza.

En cuanto a los fondos de salud, en los últimos años el Seguro Integral de Salud (SIS) administra el 10% de los fondos que se destinan a salud. También se tienen a los seguros y los autos seguros privados, a las entidades prestadoras de salud y al seguro social o ESSALUD. Con el Seguro Integral de Salud se busca universalizar el derecho a la salud, por ello se vienen tomando como prioritarios segmentos de población que se encuentran en pobreza o pobreza extrema. Esto podría explicar el hecho de que en los últimos años se presente un crecimiento exponencial de asegurados y también un fuerte crecimiento de los fondos destinados a la atención de los mismos, a través del SIS. Sin embargo, el SIS está siendo materia de evaluación con el objetivo de depurar a aquellos afiliados que, por sus condiciones económicas, no cumplen con los requisitos para acceder a este seguro. Así mismo, se vienen revisando sus procesos y procedimientos, así como sus indicadores de resultados, ya que estos deberían de evaluar aspectos relacionados a su población objetivo".

Venezuela: Dra. Ángela Gómez

La idea central presentada en lo concerniente al financiamiento del sistema de salud de Venezuela es la siguiente:

Es importante mencionar que los aspectos de financiamiento son fácilmente comprensibles, por ser un sistema universal (...) El sistema de salud tiene dos componentes: lo público y lo privado. Lo público corresponde al sistema nacional que está regido por los principios de gratuidad, universalidad, la integralidad, la equidad, la integración social y la corresponsabilidad social. El financiamiento y la gestión son responsabilidad del Estado (...) Caracterizando al modelo sanitario, se puede decir que es público, gratuito y abierto para toda la población.

El financiamiento es del Estado. La inversión social alcanza el 60% (salud, educación, vivienda, justicia). El 24% de la inversión social está destinado a salud, lo cual representa el 5.4% del PIB. Pero eso no es todo, porque el 80% de los Organismos del Estado cancelan pólizas de hospitalización, cirugías y maternidad a sus trabajadores. Por supuesto, eso incrementa el porcentaje de la inversión.

5.2. Principales logros

Los delegados de los países enfatizaron en los siguientes logros obtenidos:

BOLIVIA: Respecto a la estructura del financiamiento, el delegado de Bolivia, argumentó:

- La implementación de la Ley 475 con estrategias como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) para menores de cinco años y mujeres embarazadas y en edad fértil; y el Seguro de Salud para el adulto mayor. La población no necesita afiliarse, basta con estar en el grupo de las personas menores de 5 años, mayores de 60, estar en situación de discapacidad, o ser mujer embarazada, con lo cual se levantó la barrera de la afiliación.
- La Ley de protección de servicio de salud que da cobertura a 1.3 millones personas (cobertura completa de atenciones de salud). Seguro Social que cubre a 4 millones de personas. Sin embargo, un 50% de la población boliviana no tiene coberturas, es decir 5.3 millones.
- La inclusión de la cobertura de salud gratuita a las personas en situación de discapacidad. Esta cobertura se refiere a problemas de salud en general, pero no incluye la propia discapacidad, es decir cubre todas las patologías que se le presenten a excepción de su discapacidad.
- En el 2014, el sector público ha asignado un 4.7% del PBI, que se estima que los siguientes años se presentó una tendencia de crecimiento, lo que permite creer que este valor se acercará aún más al 5%.
- Incremento del recurso humano tanto en el sector público, como el Seguro Social de Corto Plazo, principalmente médicos, auxiliares y enfermeras.
- La ampliación y remodelación de la infraestructura sanitaria por parte de los municipios de la gobernación (también existen acciones del Gobierno Nacional).
- La licitación de Proveedor Único Anual de Medicamentos y Precios, a partir de este año se ha comenzado a poner en práctica como una medida para disminuir el costo de los medicamentos que, en los últimos años, se ha disparado enormemente y que genera que los municipios no pueden acceder a algunos medicamentos y se presente desabastecimiento.

CHILE:

- Cobertura de aseguramiento: Alta cobertura, 97% de la población chilena se encuentra asegurada; más del 75% de la población pertenece al sistema de salud provisional público (FONASA). El 18,5% de la población está cubierta por el previsual privado (ISAPRE). El 6,3% corresponde a fuerzas armadas particulares. Del total de la población FONASA que se distribuye en cuatro grupos: A, B C y D, se encuentran adscritas al grupo A (3.296.448=24,5%) quienes mayoritariamente no cotizan en el sistema, pero son beneficiarios (indigentes, personas con subsidio único familiar o pensión básica solidaria).
- Se ha implementado una serie de políticas públicas que tienen impacto directo en la protección financiera y que han permitido disminuir el gasto de bolsillo. Dentro de ellas, la principal es el Plan de Garantía Explícitas de Salud (GES). Este plan consiste en que cualquier persona, ya sea que esté en el sistema público o privado, tiene acceso, oportunidad y protección financiera a un grupo de enfermedades y condiciones de salud (actualmente, 80 problemas de salud). Estos problemas de salud se van revisando cada tres años y han ido aumentando con los años, ahora vamos en 80 y cada tres años se analiza si se incluyen nuevos problemas o se mejoran los que ya están.
- Hay otras iniciativas como la Ley de Urgencia N°19.650, que en caso de urgencia vital permite a un paciente recibir atención inmediata en el servicio de urgencia más cercano, sea público o privado, sin importar cuál es su situación económica, o si pertenece a FONASA o a una ISAPRE. Por otra parte, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), es un beneficio adicional al plan de salud otorgado por algunas ISAPRES que permite financiar, cumplidos ciertos requisitos, hasta el 100% de los gastos derivados de atenciones de alto costo (enfermedades catastróficas).
- Los principales logros están alineados con la estrategia regional de Salud Universal y son los siguientes:
 - _ Aumento del gasto público en salud y gasto per cápita en salud.
 - _ Revisión constante de los mecanismos de financiamiento para alinearlos con los objetivos de salud.
 - _ Implementación del proyecto piloto para pago basado en Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD).
 - _ Se han adaptado acuerdos de gestión y financiamiento basado en desempeño.
 - _ Se ha mantenido un gasto consistente en Atención Primaria en Salud.

COLOMBIA:

- La cobertura en el 2015 es: 21.4 millones de personas afiliadas al régimen contributivo; 23.2 millones al régimen subsidiado; 1.5 millones a los regímenes especiales y exceptuados. La cobertura total del sistema es del 97%, por lo tanto, técnicamente se estaría en situación de cobertura universal.
- La protección financiera, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud es de menos del 16%, es decir, se presenta una participación baja del gasto de bolsillo, en comparación con muchos países de América Latina.
- El gasto en seguridad social tiene una proporción alta que caracteriza al sistema colombiano como sistema financiado predominantemente con fondos públicos.
- El gasto público como proporción del PIB puede estar en el orden del 57% o 58%; este el resultado del esfuerzo de ampliación de cobertura en el régimen subsidiado y a la igualación de los planes de beneficios.
- Se ha presentado un descenso significativo, en los últimos años de la mortalidad infantil y se presenta una amplia cobertura de vacunación, entre otros resultados de salud. En los últimos años, en la Encuesta sobre Calidad de Vida se ha presentado un incremento en el porcentaje de personas que manifiestan que su estado de salud es bueno o muy bueno.
- Con las decisiones en el ámbito legal (Sentencia 760 de la Corte Constitucional del 2008 y la Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud), hay una ampliación e igualación de los planes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado, que contribuye a hacer realidad uno de los principios planteados en la Ley 100 de 1993 sobre la equidad en salud y en el financiamiento.

ECUADOR:

- El gasto de consumo final en salud para el Ecuador en los últimos años ha tenido un crecimiento importante. En el 2013, con la última información disponible oficial del país, ese gasto representó el 7.7% del PIB. En las estimaciones de la OMS para el 2014, ubican este gasto en el 9,2% del PIB. Desde el año 2008, cuando entró en vigencia la nueva Constitución y la gratuidad de los servicios, se tuvo una caída acelerada de la participación del gasto de bolsillo, pues disminuyó alrededor de 9,0%. Obviamente esto viene también acompañado de un importante gasto público que ha venido siendo sostenido desde el Ministerio de Salud Pública, el presupuesto general del Estado, la seguridad social. Son recursos que se reflejan no solamente en inversión en infraestructura, en centros de salud u hospitales, sino también en el fortalecimiento del talento humano, dotación de medicamentos, dispositivos médicos y todo el rol del fortalecimiento de la rectoría de la autoridad sanitaria.
- En términos de financiamiento, se resalta la gratuidad y la universalidad de los servicios públicos, quizás esto ha marcado una ruptura importante, un hito fundamental dentro de la evolución del sistema ecuatoriano. La eliminación del pago en el punto de prestación de servicios, quizás es uno de los elementos claves en el camino hacia la cobertura universal. Actualmente, toda la población tiene acceso a los servicios de salud indistintamente del agente que financie su prestación. El segundo punto es el incremento del financiamiento público de la salud, que cómo les mencionaba viene atado a ingentes inversiones para mejorar y recuperar la infraestructura sanitaria, aumentar el recurso humano, los medicamentos, los dispositivos médicos a dichos establecimientos y asegurar la calidad de la prestación de servicios.

PERÚ:

Primer pilar: Gestión eficiente del sistema de salud

- Abastecimiento de medicamentos que ha permitido tener ahorros de 22 millones de soles.
- Alianzas estratégicas de cooperación con la OPS/OMS, UNICEF y otras entidades de Naciones Unidas para la compra de medicamentos.
- Trámites simplificados con certificación de Buenas Prácticas de Manufactura de laboratorios.
- Reducción de 15 a 6 los requerimientos para obtener certificado sanitario de vacunación.

Segundo pilar: Cobertura y calidad de los servicios de salud

- Reorganización y modernización del SIS, con el concepto de aseguramiento universal.
- Implementación de seis centros de salud mental a nivel nacional y aprobación de la norma técnica de atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica.
- Puesta en funcionamiento a nivel nacional de un plan contra la anemia y la desnutrición infantil.
- Cumplimiento de asignaciones financieras.

Tercer pilar: Revalorización del personal de salud

- Cumplimiento con asignaciones pendientes por más de 47 millones de soles en favor de 31.717 profesionales de la salud.
- Cumplimiento con remuneraciones pendientes a 16.726 profesionales del SIS por más de 88 millones.
- Distribuciones de bonos entre 41.792 colaboradores nombrados con un presupuesto de más de 7 millones de soles en los diferentes niveles de atención.
- Transferencias de 51 millones para el nombramiento de más de 8.000 profesionales de la salud.

VENEZUELA:

- Se ha ampliado la accesibilidad en el primer nivel de atención en salud a través del Plan Barrio Adentro, con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, primordialmente en el área materno-infantil, para lo cual se ha organizado una red ambulatoria con la integración de la comunidad.
- Se ha reorganizado el sistema de salud. Se tienen Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASICS) que están conformadas por los servicios que ofrece el Sistema Público de Salud, a través de los consultorios populares.
- Red de atención comunitaria con énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Los establecimientos se encuentran enlazados por una red de emergencias. Los principales problemas se solucionan en la red de atención comunal y la red de atención ambulatoria especializada. Formación del recurso humano para la atención profesionalizada de la población en este nivel, a través del Programa Nacional de Medicina Integral Comunitaria, el Posgrado de Medicina General Integral y el Programa de Formación de Enfermería Comunitaria.

En consecuencia, es imprescindible superar las limitaciones que impiden avanzar hacia la equidad y eficiencia en el financiamiento de los sistemas de salud y en la garantía del derecho a la salud de la población de los países andinos. En este sentido, subsiguientemente se describen las principales problemáticas y perspectivas expuestas por los delegados.

5.3. Problemáticas destacadas

Respecto a las características del sistema de salud, los delegados de los países resaltaron en sus presentaciones algunas problemáticas. El delegado de Bolivia mencionó cuatro problemas estructurales *“la exclusión social en la atención sanitaria; la acentuada segmentación y fragmentación del sistema; la inequidad en la atención sanitaria, el financiamiento insuficiente e ineficiencia en el gasto en salud”*, que en diversa intensidad que también se presentan en los otros países andinos. A continuación, se expone una recapitulación de las principales problemáticas expresadas por los expositores.

5.3.1 Fragmentación y segmentación de los sistemas de salud

BOLIVIA:

En relación con la fragmentación de los servicios, en síntesis, el delegado de Bolivia lo ilustra del modo siguiente:

(...) existe el Sistema Nacional de Salud donde hay dos sectores: el sector público y el sector privado. En Bolivia, dentro del sector público, se identifican la Salud Pública y el Seguro Social de corto plazo (...) están las estrategias que se han ido implementando, como la Ley N° 475 que es una estrategia nacional. Luego están otras estrategias que ya son más departamentales o municipales de cobertura de su población. Después está el Seguro Social de corto plazo, que tiene una segmentación muy amplia porque existen muchos prestadores para diferentes tipos de poblaciones. Finalmente, está el sector privado que está dividido en dos grupos: con fines de lucro y sin fines de lucro. A estos últimos pertenecen la Iglesia y las ONG. Con fines de lucro se han identificado tres grupos que son la privada, la medicina tradicional y las medicinas alternativas.

CHILE:

En el caso de la expositora de Chile, lo describe así:

Las personas de mayor ingreso están en el sistema privado. Esta situación, denota una gran segmentación de nuestro sistema y contribuye a generar mucha desigualdad en salud en Chile (...) Los ciudadanos de altos ingresos, aportan a las ISAPRE y los ciudadanos de bajos ingresos, aportan a la FONASA.

COLOMBIA:

En el caso de Colombia también se identifica fragmentación, no obstante, el expositor subraya el avance que se ha dado en el país al igualar el plan de beneficios para el régimen subsidiado (personas sin capacidad de pago) y el régimen contributivo (personas con capacidad de pago):

El eje central del Sistema General de Seguridad Social en Salud es que está compuesto por dos regímenes: el régimen contributivo y el régimen subsidiado (...) La afiliación, desde la expedición de la Ley 100 de 1993, es obligatoria y se hace a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) públicas y privadas que ofrecen planes de beneficios, por el cual reciben una Unidad de Pago por Capitación (UPC) y que hoy en día ya no están diferenciados. Al comienzo del sistema, cuando recién se expidió la Ley 100, había un diferencial tanto en el Plan Obligatorio de Salud (POS) como en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el régimen contributivo y régimen subsidiado (...) en este momento ya se tienen planes igualados y no hay diferenciales en las UPC. Es decir, se tiene el mismo Plan Obligatorio de Salud para el régimen contributivo y el régimen subsidiado. En consecuencia, ya no se podría hablar de dos regímenes, ahora básicamente se está hablando de un mismo plan de beneficios y de las mismas unidades por capitación del sistema (...) Los regímenes especiales corresponden a los de las Fuerzas Armadas, Fuerzas Militares, Policía Nacional, profesores, magisterio, trabajadores de Ecopetrol y algunas universidades públicas como la Universidad Nacional de Colombia.

PERÚ:

El expositor del Perú, alude a la fragmentación de la siguiente manera:

El Ministerio de Salud del Perú se encuentra actualmente dividido en dos viceministerios, el de Salud Pública y el de Prestaciones y Aseguramiento. Respecto a la estructura del sistema de salud en el Perú, podemos apreciar a todos los agentes que forman parte de la estructura de los servicios de salud en el Perú, dentro de los cuales tenemos a los agentes financiadores, a los que manejan los fondos y a los prestadores de salud (...)

VENEZUELA:

El sistema público está conformado, en primer lugar, por el Ministerio de Poder Popular para la Salud (MPSS), el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), el Instituto de Protección Social del Ministerio de Educación (IPASME), la Sanidad Militar y la Empresa Petrolera. Los tres últimos con pocos servicios de atención médica y principalmente para sus trabajadores, brindan atención a la comunidad, pero en poca cantidad. La parte privada está formada por las aseguradoras y el gasto de bolsillo. Esta parte privada abarca el 40% de la población. En la atención privada, las aseguradoras sólo pueden cubrir un promedio de dos días por evento. Quién requiera mayor tiempo de atención, recurre a los centros públicos para sus tratamientos. Por lo tanto, esta situación congestiona los servicios de salud. Las aseguradoras en su mayoría solo cubren las enfermedades crónicas y de altos costos solo las asume el Estado.

ECUADOR:

La delegada de Ecuador ilustra la fragmentación en el sistema de salud ecuatoriano, así:

Una red pública integral de salud, que está conformada por varios actores. El principal, como ente rector, es el Ministerio de Salud Pública que da cobertura a toda la población, principalmente a aquella que no cuenta con afiliación a otro tipo de seguros. Está el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que brinda cobertura a todos los trabajadores cotizantes, a cónyuges y a sus hijos e hijas menores de 18 años. El Seguro Social Campesino, que es un régimen especial de la seguridad social, que básicamente está enfocada a población rural y sus familias con una óptica de solidaridad. El Régimen Especial de la Policía, que tiene un ente asegurador que es el Instituto de Seguridad Social de la Policía y el Ministerio del Interior que tiene la prestación de los servicios para este grupo específico y el Régimen de las Fuerzas Armadas, que incluye la institución aseguradora que es el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, y los establecimientos y la provisión que está a cargo del Ministerio de Defensa Nacional. Es decir, son varios los actores que conforman esta red, que, si bien tienen poblaciones específicas, y coberturas específicas, en general brindan atención integral y un conjunto de prestaciones bastante amplio a toda su población. La cobertura principal en términos de aseguramiento está dada por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) y el Seguro General; se incluye también un seguro voluntario (hay cotizantes que pueden voluntariamente afiliarse a este régimen). El IESS representa alrededor del 30% de la población total; el seguro voluntario y el seguro social campesino que están también bajo el IESS representa el 9.3% de la población; hay cerca de un 2% que contiene los otros regímenes de seguridad social; y finalmente hay un 59% de la población que no está afiliada a ninguno de estos seguros, pero que no significa que no tengan cobertura.

El otro gran componente del Sistema Nacional de Salud es la red privada complementaria, que básicamente está conformada por todos los establecimientos privados con y sin fines de lucro, y demás instancias relacionadas al sector de la salud, desde el ámbito privado. Actualmente, manejamos una segmentación histórica, que no ha podido ser superada y que requiere de cambios profundos desde la gestión de los recursos, como en la asignación y pago de los mismos.

Problemáticas expresadas de manera específica

En sus presentaciones los delegados ilustraron problemáticas de manera específica del modo siguiente:

BOLIVIA:

El delegado de Bolivia se refiere al problema de inequidad del siguiente modo:

La inequidad sanitaria puede evidenciarse a través de dos indicadores: la tasa de densidad de recursos humanos y la disponibilidad de Establecimientos de Salud. Respecto al primer indicador, el estándar es contar con 25 médicos que sean capaces de atender a 10.000 habitantes; sin embargo, prácticamente ningún departamento llega a cumplir con este ideal propuesto. Respecto al segundo indicador, la disponibilidad de Establecimientos de Salud, el estándar es que haya un establecimiento de salud por cada 2.000 habitantes (...) ningún departamento se acerca a cumplir con este ideal. Si bien cuando se observa a nivel de todo Bolivia solo se está a 0.9 de llegar; a nivel urbano-rural existe una brecha muy grande en cuanto a recursos físicos".

CHILE:

En cuanto a problemas realza, en el caso de Chile la delegada alude a la transición demográfica de la población, a través del tiempo han ocurridos cambios significativos en la composición de la morbi-mortalidad:

Las bajas tasas de natalidad y de mortalidad está llevando al envejecimiento de la población, la pirámide poblacional ha ido cambiado en las últimas décadas; también estamos transitando de las enfermedades transmisibles a enfermedades no transmisibles como la obesidad, diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer principalmente; y los factores de riesgo a los que le estamos poniendo mayor énfasis es el sedentarismo, tabaquismo y alcoholismo.

COLOMBIA Y ECUADOR:

Por su parte, los expositores de Colombia y Ecuador se refieren a los problemas de sostenibilidad del sistema de salud:

Se presentan problemas serios de sostenibilidad del sistema de salud colombiano. Las principales causas son las siguientes: Expectativas de la población muy altas (desbordadas); excesiva judicialización por la garantía de servicios de salud que no se encuentran en el POS y exigencias que recaen en el sistema de salud (exceso de gasto frente a recursos escasos).

PERÚ:

En el caso del expositor de Perú, se indica:

Existe todavía una serie de deficiencias que obstaculizan el logro de un sistema más integral y universal, que es a donde apuntamos. Definitivamente, las cifras son el fiel reflejo de la situación actual en la que se encuentran nuestros servicios de salud.

VENEZUELA:

Por su parte, en la presentación de la representante de Venezuela se hace referencia a la guerra económica:

Todos conocemos el momento que atraviesa Venezuela, de una guerra económica, que está afectando a los servicios de salud. ¿Cómo lo está enfrentando? fortaleciendo la consciencia revolucionaria...". Manifiesta que Frente a la "guerra económica" que también está afectando a los servicios de salud se está fortaleciendo la consciencia revolucionaria para lo cual se incluyó el sistema de distribución de insumos para la salud y elaboró el Plan de la Gran Misión Abastecimiento Soberano y Seguro (GMAS), que es una unión cívico militar integrada por el Estado Mayor de las Fuerzas Armadas, las autoridades, trabajadoras y trabajadores del Ministerio y la Contraloría Social.

5.4. Perspectivas

A continuación, se presenta una sinopsis de las perspectivas presentadas por los delegados de los países andinos:

BOLIVIA:

- El fortalecimiento de la red servicios, para lo cual el gobierno nacional viene construyendo más de cuarenta hospitales de tercer y cuarto nivel en todo el país, los cuales estarán terminados en el 2019 y que representan un esfuerzo del Gobierno Nacional por mejorar y ampliar la red de servicios.
- La actualización de las normas nacionales de salud clínica, que se tratarán de compatibilizar con las que se manejan en el Seguro Social de Corto Plazo, pues ellos también tienen algunas normas y la idea es compatibilizar y hacer una sola que rija para todos.
- La implementación del Sistema Único de Salud, que es una estrategia que va más allá del modelo y es una decisión política.
- La elaboración de la Ley General de Salud, que se viene trabajando e implica la salud pública, la seguridad social y la garantía del derecho a la salud de la población.

CHILE:

- La financiación de la cobertura sanitaria universal será equitativa si los fondos se recaudan en función de la capacidad de pago de las personas, y si los beneficios se distribuyen según las necesidades sanitarias.
- Para aumentar y mejorar el financiamiento con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo, es imperativo incrementar los niveles de gasto público, orientar la asignación de recursos hacia la atención primaria de salud para mejorar la capacidad resolutive y la articulación de las redes. En ese ámbito se ha ido mostrando un aumento, pero tiene que seguir creciendo.
- Es ineludible avanzar hacia la eliminación del pago directo, que es la principal barrera de acceso. Tenemos que adoptar medidas de protección financiera para evitar que los hogares o individuos se vean expuestos a gastos catastróficos y empobrecimiento. Diseñar mecanismos de compras que potencien las redes integradas (pública y privada), alineando los mecanismos de pago con los objetivos del sistema. Es fácil decirlo, pero cómo hacerlo es el gran desafío.
- Es necesario retomar la reforma del sistema privado de salud para mejorar la capacidad redistributiva del sistema, disminuir y terminar la segmentación de ingresos y riesgos, maximizar la eficiencia en la asignación y mejorar la equidad. Para lograr una solución real a futuro, es imperioso lograr una mancomunación de recursos, en un solo "pool" de riesgo nacional, cosa que aspiramos de lograr en algún momento en Chile.

COLOMBIA:

- El modelo inicialmente se centró mucho en instituciones, y en este momento estamos en un proceso de cambios importantes con la definición de un nuevo modelo llamado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que busca poner más el foco sobre los usuarios de los servicios y menos en las instituciones.
- Se busca corregir algunos vacíos y las deficiencias de la Ley N°100 de 1993, principalmente en dos sentidos: 1) Fortalecer la capacidad de la atención básica y 2) Revindicar la función de la salud pública.
- Dar respuesta a las condiciones que impone la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015, la salud es un derecho humano fundamental y plantea un nuevo marco institucional y nuevas reglas de juego. Con esta Ley se recoge un plan de beneficios implícito y lo que ahora se hace es una lista de exclusiones. El Estado y todas sus entidades tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de este derecho, todas las organizaciones tienen responsabilidades y todos los ciudadanos y ciudadanas son titulares que deben fortalecer sus capacidades de exigibilidad para cumplir con este precepto. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional.
- Mantener sostenibilidad financiera y brindar una respuesta adecuada a los problemas relacionados con una mayor presión tecnológica, sobre todo, de los medicamentos de alto costo; presión demográfica, presión socio-económica, mercado laboral y alta informalidad.
- Se han elaborado encuestas para recoger la percepción de la población y sugieren: mejorar la equidad, el acceso a los servicios y la calidad de la atención; mejorar las condiciones de salud y disminuir las brechas en resultados de la salud, por ejemplo, en mortalidad materna.

ECUADOR:

- Necesidad de una reforma en el financiamiento para superar la segmentación; esto es sumamente necesario para tener una gestión más eficiente de los recursos.
- Aumentar el espacio fiscal, aún estamos lejos de la recomendación que se plantea desde la OMS para alcanzar el 6,0% del PIB, y obviamente esto también viene acompañado con la necesidad de implementar medidas para garantizar la sostenibilidad del sistema.
- Mejorar la eficiencia implementando medidas que ayuden a optimizar los recursos, para que los recursos que estén disponibles y que han venido creciendo a lo largo de los últimos años, sean más efectivos y contribuyan a mejorar la salud de la población.

PERÚ:

- Desarrollar las estrategias pertinentes para fortalecer y lograr las metas referentes a los pilares: Gestión eficiente del sistema de salud en el marco de la política de modernización de la gestión pública; Cobertura y calidad de los servicios de salud; Revalorización del personal de salud.
- En cuanto a la cobertura y calidad de los servicios, se ha iniciado un proceso de reestructuración del Seguro Integral de Salud bajo el concepto de aseguramiento universal.
- Revalorización del personal, se debe lograr una estructura remunerativa que permita a los profesionales de la salud tener el justiprecio por los servicios que brinda.
- Se necesita manejar fuertemente el componente político para tomar decisiones, se pueden plantear propuestas técnicas, pero el componente político tiene un rol protagónico.

Se han aprobado una serie de dispositivos que permiten utilizar, por ejemplo, la telemedicina en establecimientos de salud en el país, se han aprobado una serie de proyectos de inversión pública, a fin de reactivar o fortalecer diferentes hospitales, continuando en esta línea, se requiere desarrollar una infraestructura moderna interconectada y que esté debidamente implementada para prestar servicios eficientes.

VENEZUELA:

- Fortalecer el Sistema Público de Salud a fin de garantizar la atención a la población de manera oportuna y eficiente, de calidad y con calidez.
- Resolver definitivamente el problema del desabastecimiento y la reventa de productos regulados, actualmente se presenta un negocio de especulación que se aprovecha de la crisis económica.
- Fortalecer el sistema de distribución y dispensación de medicamentos con la implementación de la unidosis.

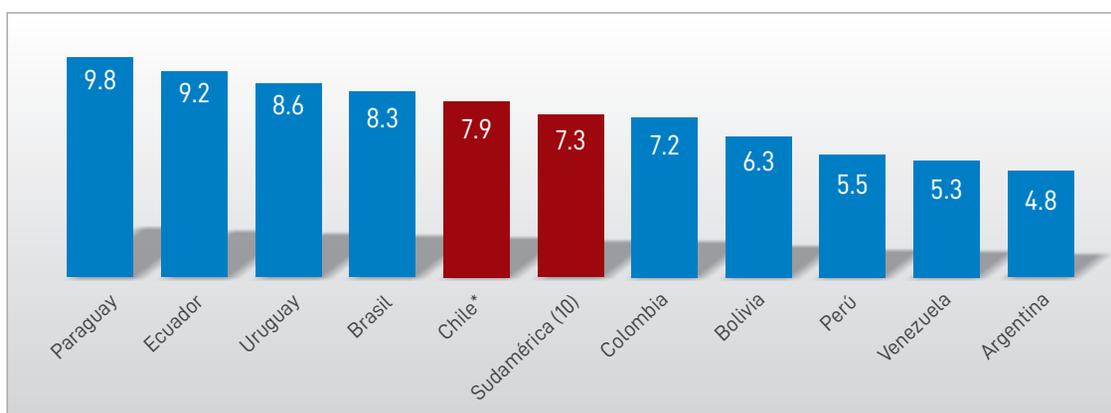
5.5. Conclusión foro de los países: Hacia la eficiencia del gasto en salud

Los delegados de los países presentaron la estructura del financiamiento de los sistemas de salud, los logros obtenidos y los problemas que persisten. Con diferente intensidad un problema común es la segmentación y fragmentación. La fragmentación de los servicios de salud es una causa importante del limitado rendimiento general de los sistemas de salud y las dificultades de acceso (aunque se tenga una alta cobertura, por ejemplo, Chile y Colombia con un 97%), entre otras consecuencias. En general se están dando avances para lograr mayor cobertura para la población, pero aun es limitado el acceso a una atención de salud adecuada para todas las personas. Un aspecto crucial para garantizar la cobertura universal es la mancomunación de fondos y el desarrollo de mecanismos para lograr transferencias de subvenciones entre sectores con distintos ingresos y riesgos en el sistema de salud.

En sus presentaciones los delegados ilustraron problemáticas de manera específica: Bolivia (inequidad), Chile (transición demográfica: cambios significativos en la composición de la morbi-mortalidad); Colombia y Ecuador (sostenibilidad del sistema de salud); Perú (existen una serie de deficiencias que obstaculizan el logro de un sistema más integral y universal); Venezuela (guerra económica).

Los delegados de los países andinos también expusieron diversos logros en salud. De acuerdo con lo expresado, han mejorado el gasto público en salud y disminuido el gasto de bolsillo, sin embargo, aún falta mucho por mejorar al compararse con estándares internacionales y para lograr las metas propuestas en la estrategia regional "Salud Universal".

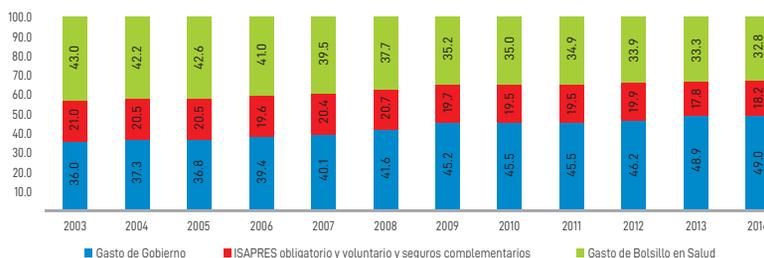
Gasto total en salud como porcentaje del PIB América Latina, 2014



Fuente: Banco Mundial (2014) World DataBank OECD para Chile

En América Latina se encuentra en el promedio del gasto sobre el PIB.

Gasto en salud* por agente de financiamiento (%) Tendencia Chile, período 2003 - 2014

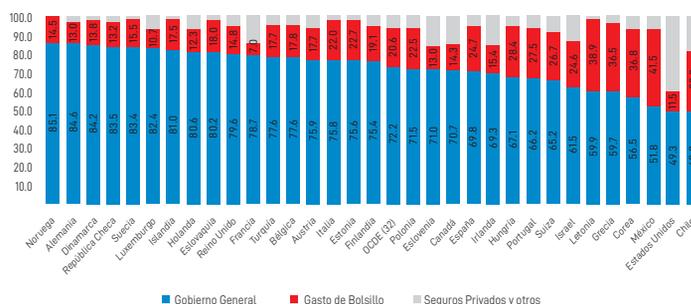


- Aumento sostenido del gasto público.
- El Gasto de Bolsillo en Salud representa un 32,8% del Gasto Total en Salud (año 2014), con una baja sostenida desde el año 2005.

Fuente: OECD (2014) StatExtracts

*Gasto corriente en salud

Gasto en salud por agente de financiamiento (%), países OCDE 2014



Chile es el país que se encuentra más alejado de los promedios OCDE, mostrando un bajo gasto público en salud (menos de la mitad del gasto total) y un elevado % de gasto de bolsillo (uno de los más altos de la OCDE, luego de México, Letonia y Corea).

Fuente: OECD (2014) StatExtracts

En coherencia con lo expresado por el Dr. Cid, los sistemas de salud deben reducir su dependencia de los pagos directos, aumentar el gasto público y maximizar las dimensiones de los fondos de mancomunación, y además deben implementarse mecanismos de asignación de recursos que tiendan a igualar los riesgos entre los planes de seguro individuales y a distribuir de forma equitativa los fondos recaudados mediante los impuestos generales y otros mecanismos. Finalmente, para lograr las metas de la estrategia regional "Salud Universal" debe haber una mayor integración de los mecanismos de financiación.



6. SESIÓN II: ANÁLISIS Y EVIDENCIA SOBRE ASPECTOS DE EFECTIVIDAD DEL GASTO EN SALUD

6.1. Conferencia: Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud

Conferencia del Dr. Antonio Sarría Santamera. Director del Departamento de Gestión de Servicios Sanitarios de la Escuela Nacional de Salud, Instituto de Salud Carlos III de España.



En primer lugar, el Dr. Antonio Sarría, ilustra las características del sistema de salud de España, la cuales se presentan de manera resumida en el siguiente cuadro:

- **Sistema Nacional de Salud**
- **Financiado por impuestos:** el sistema sanitario tiene que competir por recursos con todo el resto de sectores que se financian con el gasto público.
- **Competencias y diferencias regionales:** el gasto sanitario está absolutamente desagregado en 17 regiones españolas. De manera que lo que cada región gasta, es una decisión unilateral de esa región, en las que ni el gobierno, ni el Ministerio, ni el Parlamento de la Nación tienen capacidad alguna de influencia. La población española está asignada a recibir asistencia sanitaria de forma territorializada.
- **Presupuesto poblacional (no ajustado por riesgos):** el presupuesto que se asigna poblacionalmente está basado en fórmulas variables, ninguna concreta. Normalmente son presupuestos históricos ajustados por circunstancias y consideraciones más o menos variables.
- **Atención Primaria:** se ofrece en centros de salud con asignación poblacional de profesionales. Las personas tienen, en el lugar donde viven, asignado un médico de cabecera a partir del cual se accede al resto de la asistencia sanitaria especializada. Todo se hace a través de ese proceso que determina lo que es el gatekeeping, es decir, seguir circulando a través del sistema depende de la decisión de un profesional, que es un profesional de atención primaria.
Profesionales: Los profesionales en España están todos asalariados, básicamente. Una de las medidas con las que se resolvió los problemas de la crisis financiera y problemas de consolidación fiscal, fue bajar el sueldo a los funcionarios y a todos los profesionales del sistema sanitario.
- **Gasto sanitario:** 9 % PIB.
- **Copago en las farmacias:** es la única participación de las personas en España en la financiación del sistema público, porque todo el resto de la asistencia sanitaria en España es gratis. En los países de la OCDE. España se encuentra con un copago relativamente bajo.
- **Prescripción obligatoria por principio activo.**

- Prestación farmacéutica en España

Recetas en farmacia: atención primaria y especialistas, copagos (cambió en 2012) en función de:
Activo o jubilado. - Nivel de renta.

Farmacia hospitalaria: Pacientes ingresados y ambulatorios: sin copago.

Genéricos: una vez que se pierde la protección de patente, el precio del producto genérico y del producto de marca son el mismo.

¹ En la prescripción por principio activo, el profesional no indica la receta médica en concreto que debe ser dispensada al paciente sino que se limita a prescribir el principio activo del mismo y los datos comunes a todas las prescripciones: forma farmacéutica, vía de administración y dosis. Cuando un médico no receta una marca concreta, sino que indica el principio activo, el farmacéutico debe dispensar, de todos los productos con la misma composición y presentación que haya en el mercado, el más económico y es ahí donde se produce el ahorro.

6.1.1 Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España

El Dr. Antonio Sarría, comenta que para entender la prescripción debe tenerse en cuenta las características y estructura de los sistemas sanitarios (financiación, regulación, organización, pago) y toda la complejidad de los propios sistemas, que tiene que ver con elementos de las políticas, las particularidades de la población, las singularidades del entorno donde se produce, el entorno social, económico, cultural, histórico, físico; la estructura de los resultados intermedios, que vienen determinados por el triángulo: efectividad (calidad), eficiencia (costos) y equidad (acceso), que no es que tengan que ser contradictorios, pero en la práctica si quieres equidad, logras menos eficiencia. Al final los modelos de prescripción son una parte (enorme) de los resultados finales en la salud de la población, que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud.

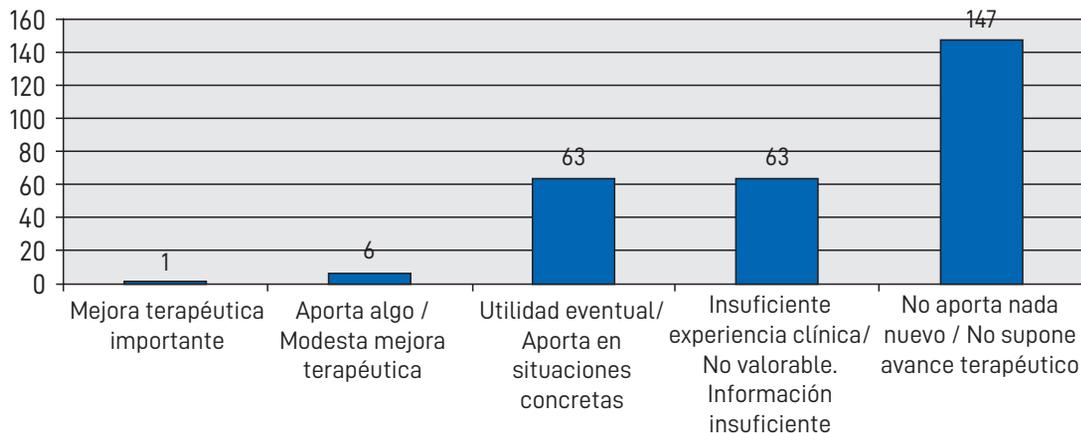
Prestación farmacéutica en España

- Decisión de aprobación (efectividad y seguridad).
- Decisión de financiación en el SNS = Precio Evaluación: Informe de Posicionamiento Terapéutico (Efectividad comparada e impacto presupuestario).
- Decisión sobre condiciones locales de uso. - Decisión clínica: para qué pacientes. - Decisión de los pacientes: adherencia.

Respecto al valor terapéutico que añaden los medicamentos, de acuerdo con Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos, que hacen evaluaciones de medicamentos desde el año 1994 y llevan más de 280 evaluaciones, el Informe de Posicionamiento Terapéutico (IPT) del Ministerio recién comienza en el año 2013, muestra que la mitad de los medicamentos realmente no aportan innovación terapéutica importante, es decir son medicamentos que han entrado al sistema, que han tenido una indicación y que el Ministerio aprobó con diversos mecanismos (la mayor parte son pre-IPT). La mitad en función a los criterios del Centro Andaluz, no aportaban valor.

Valor terapéutico añadido

Evaluaciones CADIME 1994-2014 (N=280)



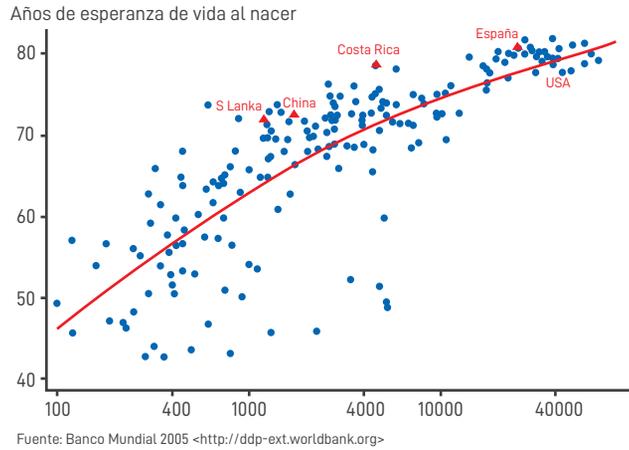
Fuente: Centro Andaluz de Documentación e Información de Medicamentos. En: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

Qué sabemos de la salud y el gasto sanitario

- Evidencia existente
- Es necesario un gasto sanitario mínimo para alcanzar un nivel de salud aceptable.
- El desarrollo se asocia con mejoras en el nivel de salud.
- El desarrollo se asocia con incrementos en el gasto sanitario.
- La desigualdad social se asocia con peor salud.
- La orientación de políticas de salud hacia los resultados es esencial.

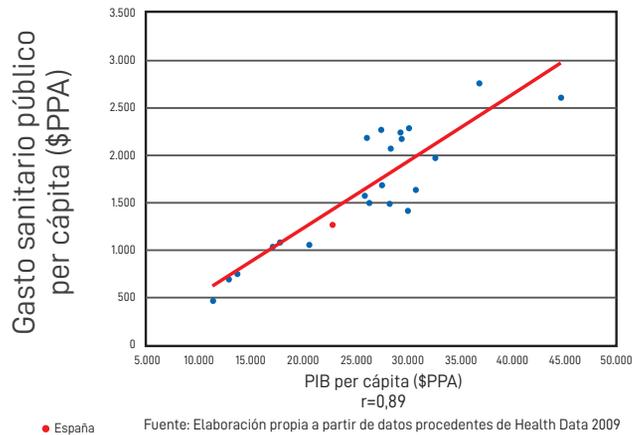
Lo que sabemos del gasto sanitario, en general, es que cuanto más se desarrolla una sociedad mejor salud tiene su población.

Esperanza de vida y desarrollo



Fuente: Banco Mundial. En: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

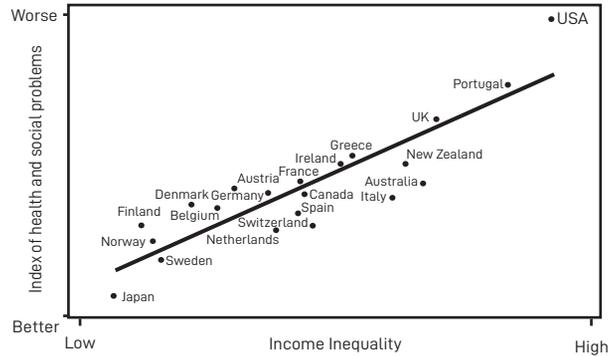
Correlación entre gasto sanitario público per cápita (\$PPA) y PIB per cápita (\$PPA). Europa OCDE. Promedio 1995-2007.



Fuente: Health Data. En: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

Hay un gasto sanitario mínimo necesario para alcanzar un nivel de salud aceptable, pero también si se excede el gasto se presentan ineficiencias y no se contribuye a producir mejoras en el nivel de salud con lo que se gasta. Entonces, se entra en un tema muy interesante: costo-oportunidad, es decir, si se gasta dinero en algo que no funciona, se deja de gastar en aspectos que pueden funcionar. Sobre todo, en países que claramente están superando el gasto sanitario (que puede ser ese 6,0% del PIB, y gastarse por encima de esa cantidad probablemente distrae recursos de otros espacios que no solamente son sanitarios, sino que pueden tener otras dimensiones, y cuya contribución a la salud puede ser más importante. Es decir, no solo es importante la cantidad que se gasta sino cómo se gasta.

Más desigualdad social, peor salud



Fuente: Wilkinson R, Pickett K. The spirit level. London: Allen Lane; 2009. Used with permission. En: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

La desigualdad también presente en el entorno europeo se asocia con peor estado de salud. Noruega y Suecia también tienen desigualdades, pero son mucho menores.

Prescripción y nivel socio-económico

Tabla 1 Características de la población analizada, prevalencia de problemas de salud y utilización de servicios según niveles de renta disponible

	Renta bruta disponible (euros/habitante)			
	Baja-media (<10.282,67)	Alta (10.282,67-12.851,67)	Muy alta (>12.851,67)	
% población	11,6	60,0	28,4	p < 0,000
% mujeres	55,0	57,2	61,3	p < 0,000
Edad*	51,5	53,0	53,1	p < 0,000
% > 74 años	14,2%	14,2%	17,5%	
Número de problemas de salud por paciente ^a	4,0	4,1	3,9	p < 0,000
% diabetes	8,3%	8,1%	6,7%	p < 0,000
% EPOC	2,6%	2,2%	2,1%	p < 0,000
% hipertensión	26,5%	26,6%	24,7%	p < 0,000
% depresión	8,3%	6,9%	6,6%	p < 0,000
Presión asistencial media del médico	37,2	36,4	30,2	p < 0,000
Citas con especialistas*	0,3	0,3	0,2	p < 0,000
Grupos terapéuticos prescritos ^a	4,6	4,6	4,2	p < 0,000
Visitas al médico familia 2006*	8,2	8,3	7,9	p < 0,000
Visitas al médico familia 2007*	8,1	8,1	7,7	p < 0,000
Visitas al médico familia 2008*	7,9	7,8	7,5	p < 0,000
Visitas al médico familia 2009*	7,5	7,5	7,1	p < 0,000
Visitas al médico familia 2010*	7,0	7,1	6,7	p < 0,000
Número de casos	25.296	110.620	61.767	

Fuente: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

El gráfico muestra un estudio realizado con 220.000 personas que viven en Madrid (antes que se aprobara las medidas sobre el copago), las cuales fueron divididas en tres grupos de renta (Baja-media; alta y muy alta), se muestra que existe una asociación inversa entre nivel socioeconómico y estado de salud, las personas de menos nivel socioeconómico van mucho más al sistema sanitario, se les diagnostica más y se les prescribe más medicamentos.

Cuando se desarrollan políticas, hay que tener claro que la orientación tiene que ser hacia los resultados. No tiene que ser hacia el aumento de la prestación de medicamentos

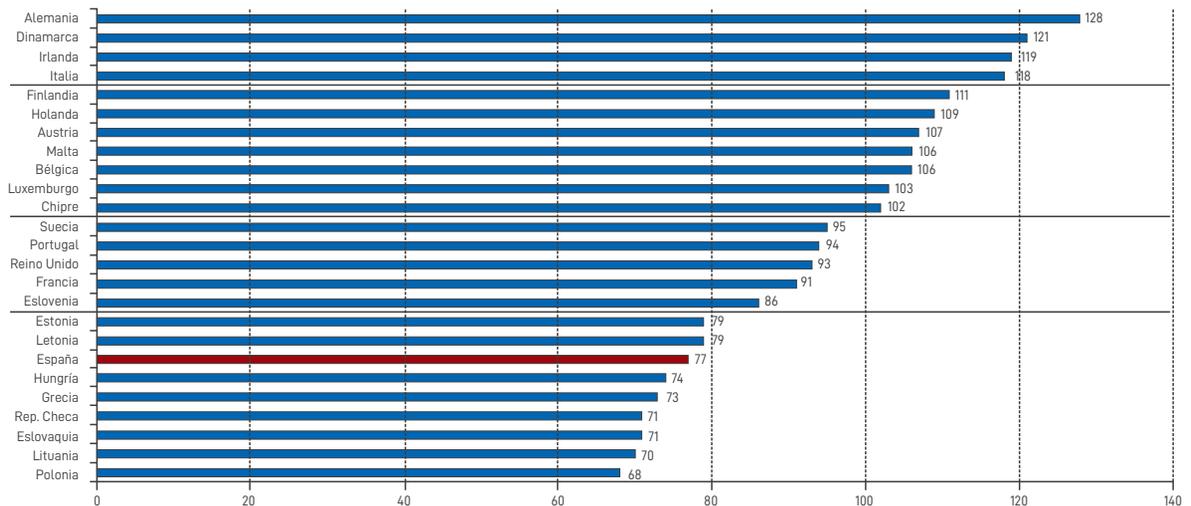
porque si no es relativamente fácil que suceda como en España: se ofrecen servicios a las personas más desvalidas y se les ofrece más atención médica pero esas personas padecen más enfermedad porque los entornos donde viven (físicos, ambientales, sociales y económicos) son peores. Entonces, lo que nos termina pasando, es que se ofrece consulta que atienden problemas de enfermos, cuyas enfermedades se generan en contextos sociales que hay que atender y el cómo establecer ese punto de equilibrio (entre las consultas que hay que seguir abriendo y cómo orientar recursos hacia el contexto social) tiene que ver con la idea del costo-oportunidad.

- **Gasto sanitario per cápita y gasto sanitario % del PIB**

En el 2010, el gasto per cápita en España, es cercano a la de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en el año 2010, US\$3,076 y en el año 2011 de US\$ 3,072. En el año 2012, bajó a US\$ 2.200. En un año bajó US\$800, básicamente por dos aspectos: 1) se rebajaron los salarios y 2) se bajó el precio de los medicamentos y el volumen de compra. El precio de los medicamentos los fija el Ministerio de forma unilateral. La compañía presenta un dossier donde informa del precio que solicita en función de una serie de criterios y el Ministerio ofrece un precio negociado que no surge de un estudio de costo-efectividad o de una evaluación económica. Los precios bajaron 15,0 %. Además, se cambió el sistema de copagos, se introdujo una mayor contribución de las personas y fue la primera forma para reducir el precio de los medicamentos, y el segundo por establecer un mecanismo, no tanto recaudatorio sino de restricción de acceso. El gasto sanitario per cápita continúa bajando. Respecto al gasto sanitario, en el 2013, España bajó al 8.8, es una cantidad importante.

- **Elevada prescripción y gasto farmacéutico alto**

Gráfico Precios de los medicamentos 2007



Fuente: Eurostat. En Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

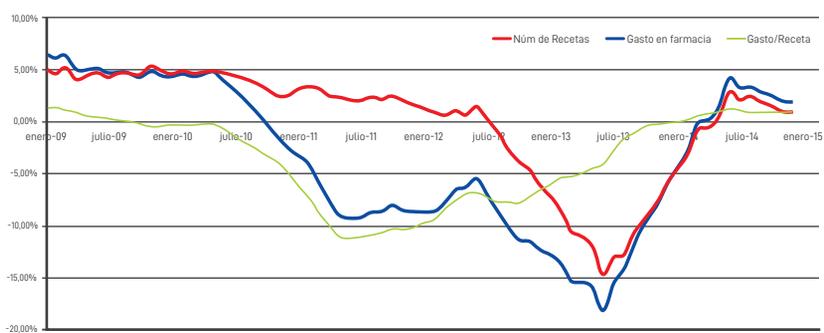
España tenía un precio de los medicamentos de los más bajos de Europa, una tasa de gasto farmacéutico alta porque tenía una tasa de prescripción muy elevada, las tasas de prescripción en España son de las más altas del mundo, el consumo de medicamentos es muy elevado. La consecuencia es que con un precio bajo y con una alta cantidad de prescripción, España gastaba alrededor del 20,0%, similar a Estados Unidos cuyos precios de los medicamentos no son comparados con los precios españoles.

• Evolución del gasto farmacéutico

A partir del momento en que se empezaron a poner las medidas de contracción: se produjo una disminución significativa en términos del gasto farmacéutico. Se redujo el número de recetas y el gasto por receta a partir de 2012 y continúa pasando a posteriori. El impacto inicial de retracción de la prescripción y de la percepción de las personas, se han adaptado a los nuevos mecanismos de copago. Adicionalmente, una de las cosas nuevas que sucedió en España es un incremento notable de la prescripción de genéricos. En España se está produciendo el mercado de los genéricos, cada vez más preponderante.

Evolución del gasto farmacéutico

Variación de las variables que componen el gasto en medicamentos (media móvil de 12 meses)



Fuente: Sarría (2017) Presentación. Gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución. El caso de España. Lima.

• Conclusión conferencia: Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud

Debe haber un gasto sanitario mínimo para alcanzar un nivel de salud aceptable; el desarrollo socioeconómico se asocia con mejoras en el nivel de salud; el desarrollo se asocia con incrementos en el gasto sanitario; la desigualdad se asocia con peor salud. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que, por encima de un determinado nivel, el incremento en el gasto sanitario no se asocia con mejoras en el nivel de salud. Una de las causas es que los organismos de salud atienden enfermos, y no el contexto social y los determinantes que causan las enfermedades, por lo cual siempre será importante la reflexión sobre dónde, cuánto y cómo gastar para obtener los resultados en salud. En relación con lo anterior, España presentaba un incremento muy importante en el crecimiento del gasto sanitario, en los últimos años se ha observado una contracción notable del gasto sanitario. Esta reducción se da no sólo en términos del gasto per cápita, sino también del % del PIB, porque ha habido una contracción notable en el gasto público. España tenía precios de medicamentos muy bajos, pero una elevada prescripción que hacía que el gasto farmacéutico fuera tan alto como en Estados Unidos. Las últimas medidas en política farmacéutica (copagos y reducción de precios) han producido un descenso del gasto sanitario, especialmente en el gasto farmacéutico público.

En conclusión, cuando se desarrollan políticas, hay que tener muy claro que la orientación tiene que ser hacia los resultados. Si se pretende gastar en aquello en que en verdad se necesita gastar, lo que hay que entender es que hay "vasos comunicantes", una realidad multifactorial y multinivel que requiere que todos los elementos del sistema se tengan en cuenta.

6.2. Conferencia: Acceso a medicamentos y propiedad intelectual

Ponencia del Dr. Germán Velásquez. Consejero Especial para la Salud y Desarrollo. Centro Sur



Plan de la presentación

- El Problema y los antecedentes del debate: acceso a medicamentos y propiedad intelectual
- Cambio de paradigma en el debate del acceso a medicamentos.
- El Sofosbuvir: el fraude y los remedios para curarlo.
- Conclusiones

El Dr. Velásquez, inicia la conferencia comentando que en el 2016 falleció el Dr. Halfdan Theodor Mahler, quien fue Director General de la OMS durante tres mandatos sucesivos, de 1973 a 1988 y hace más de 30 años estuvo hablando de salud para todos, lo que hoy es el acceso universal. Mahler dijo también varias veces que la atención primaria que debía llevar a la salud para todas las personas, la había "asesinado" el Banco Mundial (cuando hicieron el ajuste estructural de los años 90 que obligó a todos los países a hacer recortes de salud). De acuerdo con estas ideas, el Dr. Velásquez hace un llamado a la autocrítica:

- Un tercio de la población mundial sin acceso regular a medicamentos.
- Los países industrializados, gracias a los seguros de salud del estado (Europa) y privados (USA) consiguen pagar la factura de medicamentos.

Antecedentes de las negociaciones internacionales sobre el acceso a medicamentos 1996-2016

- Creación de la OMC ... El Acuerdo de los ADPIC 1995
- 1996 Resolución de la AMS 49.14 sobre "La estrategia revisada de medicamentos".
- 1997 « el libro rojo de la OMS » Mundialización y acceso a medicamentos
- 2001 (Abril) el caso del Suráfrica y las 39 compañías farmacéuticas (Junio) Grupo africano de la OMC solicita debate. (Nov.) La Declaración de DOHA
- 2002 Informe del Gobierno Ingles sobre la PI y el desarrollo
- 2006 Informe de la OMS sobre PI, Salud IP -CIPIH-
- 2008 La estrategia Mundial de medicamentos y PI negociada en la OMS
- 2012 Informe OMS, "CEWG" recomendando un tratado internacional.
- 2013 (Mayo) OMS proyectos de demostración: un ejercicio de distracción ?
- 2016 Panel de alto nivel del Secretario General de Naciones

En la lámina adjunta: 20 años de las negociaciones internacionales sobre el acceso a medicamentos, se encuentran los momentos más importantes que ha habido en el debate internacional sobre el acceso medicamentos. Más o menos cada dos años ha habido un evento importante en la negociación. Desde el año 2012, ha habido varios informes, varias resoluciones de la Asamblea. En el 2001, en un solo año, hubo tres cosas muy importantes: el caso donde 39 compañías transnacionales farmacéuticas demandaron la Ley de Medicamentos del África del Sur, del Gobierno de Nelson Mandela; en junio el grupo africano en la OMS pidió una reunión para que se tratara el problema de acceso a antirretrovirales; y en noviembre la declaración de Doha. Desde el año 2012 hay en las negociaciones internacionales un limbo. La Unión Europea solicitó a los países de la OMS "en unos proyectos de demostración", ¿Demostrar qué? Ya se sabía que había un problema estructural en el modelo de investigación y desarrollo, por lo tanto, no había nada que demostrar. De tal manera que el PNUD en Nueva York dijo: voy a tratar de relanzar el debate. Es así como en noviembre del 2015 el Secretario General de Naciones Unidas convocó un panel y hace un llamado al mundo, para presentar propuestas o soluciones.

6.2.1 Tres indicadores de las fallas del actual modelo de Investigación y Desarrollo (I+D) para medicamentos

Son tres aspectos en los cuales están las principales fallas del modelo actual de investigación y desarrollo en medicamentos:

- 1) **Falta de transparencia en los costos (I+D):** estamos en un momento en que no sabemos cuáles son los costos reales de investigación². Por lo tanto, lo primero que tendríamos que saber es cuáles son los costos reales de la investigación.
- 2) **La innovación farmacéutica ha disminuido significativamente en los últimos años:**

Cuadro Disminución de la innovación

Ejemplo de Francia: productos con importante progreso terapéutico 2006-2016

2007:	17 productos	2012:	3 productos
2008:	6 productos	2013:	6 productos
2009:	3 productos	2014:	5 productos
2010:	3 productos	2015:	5 productos
2011:	3 productos	2016:	5 productos

Revista *Prescrire* Francia, una publicación científica independiente a nivel mundial, tiene un estudio entre el 2007 al 2016. Informan que en 2007 se pusieron el mercado francés 17 productos de los denominados por ellos, *con importante progreso terapéutico*, y que en los años siguientes ha ido disminuyendo. Lo que quiere decir es que lo máximo que ha entrado al mercado con interés terapéutico importante, son 5 medicamentos en los últimos 4 ó 5 años. No son los únicos, hay cientos de medicamentos que están entrando al mercado francés, pero son medicamentos sin interés terapéutico. Es una contradicción ética: entran al mercado medicamentos con menos eficacia terapéutica que los que ya existen.

3) Precios altos que impiden el acceso

Precios altos

- Sofosbuvir: 84.000 US \$ en USA, 57.000 euros por tratamiento de 12 semanas.
- De los 71 medicamentos contra el cáncer registrados por la FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) de los Estados Unidos, entre el 2002 y el 2014 mucho de ellos cuestan más de 100.000 US\$ por tratamiento.

²No conocemos los costos reales de investigación de una nueva molécula del medicamento que se pone al mercado. Entonces, si usted se va una consulta de la literatura y el Centros de Investigación en Boston dice: en el 2014 una nueva molécula cuesta 2,500 millones de dólares, cuando un estudio de la London School of Economics en el 2011 reporta que alrededor de 40 millones de dólares cuesta una nueva molécula y hay una experiencia que lleva 10 años que es una iniciativa de Médicos Sin Fronteras que dice que ellos ya han puesto en el mercado unas 7 u 8 moléculas para enfermedades de los países del sur; ellos dicen que les ha costado es de 100 a 150 millones de euros. Entonces, si el costo de la investigación fue 2,500 millones o que si fueron 100 millones, no podemos hablar de precios razonables o precios justos.

6.2.2 Informe: Promover la innovación y el acceso a las tecnología de la salud

"La incoherencia entre los derechos de los inventores, la legislación internacional sobre los derechos humanos, las reglas del comercio y la salud pública".

Llamado del Secretario General de las Naciones Unidas para el acceso a medicamentos, diciembre de 2015.

En el 2016, el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a los Medicamentos elaboró el informe Promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud. En el prefacio se expresan las siguientes ideas:

Nunca antes hemos tenido un conocimiento de la ciencia tan profundo ni han sido tan buenas las posibilidades de tratar todo tipo de enfermedades (...) El progreso en la investigación básica está haciendo posible una etapa excepcional del desarrollo de medicamentos, vacunas, diagnósticos y dispositivos médicos. Sin embargo, aún hay muchas personas y comunidades que necesitan, pero no reciben métodos eficaces de prevención, tratamientos para mejorar la calidad de vida y para salvar vidas, y rehabilitación. En algunos casos, las poblaciones viven en ambientes tan insalubres que, a diario, corren el riesgo de contraer enfermedades o no poder curarse. Además, sus servicios sanitarios no son accesibles o están tan mal organizados y equipados que no pueden ofrecer los servicios necesarios (...) Muchos deben hacer frente a precios demasiado elevados (...) La disponibilidad, asequibilidad y adaptación a entornos específicos y categorías de pacientes siguen siendo problemáticas en muchas regiones y para muchas poblaciones de todo el mundo. Mientras tanto, surgen nuevas amenazas (nuevas enfermedades y enfermedades resistentes a los medicamentos), para las que deben encontrarse urgentemente soluciones globales.

En pocas palabras, por un lado, somos testigos del enorme potencial de la ciencia y la tecnología para avanzar en medicina y en la atención sanitaria; mientras

que, por otro, enfrentamos un serio desafío debido a las carencias y los fallos existentes a la hora de afrontar las cargas de morbilidad y las enfermedades emergentes en muchos países y comunidades.

El 19 de noviembre de 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas, Ban Ki-moon, anunció la creación del Grupo de Alto Nivel sobre la Innovación y el Acceso a las Tecnologías Sanitarias (abreviado, el "Grupo de Alto Nivel"). Al describir nuestro mandato, el Secretario General nos invitó a "examinar y evaluar propuestas y recomendar soluciones para remediar la falta de coherencia normativa entre los derechos justificables de los inventores, el derecho internacional de los derechos humanos, las normas comerciales y la salud pública en la esfera de las tecnologías sanitarias". De acuerdo con los objetivos de los Estados Miembros de las Naciones Unidas expresados en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y, en particular, como apoyo a la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: "Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades" (...)

Nuestras deliberaciones se nutrieron de un amplio proceso consultivo, que incluyó una respuesta generosa a un llamamiento público de contribuciones que recogió 182 presentaciones, muchas de las cuales ofrecían una alta calidad (...).

Dentro de las recomendaciones de dicho informe se destacan:

Leyes de propiedad intelectual y acceso a las tecnologías sanitarias: Los Miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) deben comprometerse, en los niveles políticos más altos, a respetar la letra y el espíritu de la Declaración de Doha del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública, absteniéndose de adoptar cualquier medida que restrinja su aplicación y su uso con el fin de promover el acceso a las tecnologías sanitarias. Más concretamente:

• Flexibilidades de los ADPIC y disposiciones ADPIC-plus

Los Miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC) deben comprometerse, en los niveles políticos más altos, a respetar la letra y el espíritu de la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la Salud Pública, absteniéndose de adoptar cualquier medida que restrinja su aplicación y su uso con el fin de promover el acceso a las tecnologías sanitarias. Más concretamente:

(a) Los Miembros de la OMC deben hacer pleno uso del margen normativo previsto en el artículo 27 del Acuerdo sobre los ADPIC adoptando y aplicando definiciones rigurosas de la invención y la patentabilidad que restrinjan la práctica de perennización para garantizar que las patentes solamente se concedan cuando se produce una verdadera innovación.

(i) La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) y la Organización Mundial del Comercio (OMC) deben cooperar entre sí y con otros órganos pertinentes que tengan la experiencia necesaria para ayudar a los gobiernos a aplicar los criterios de patentabilidad en materia de salud pública.

(ii) Estas organizaciones multilaterales han de fortalecer la capacidad de los examinadores de patentes, tanto a nivel nacional como regional, para aplicar criterios rigurosos de patentabilidad que sean sensibles a la salud pública y tengan en cuenta sus necesidades.

(b) Los gobiernos deben aprobar y aplicar legislación que facilite la emisión de licencias obligatorias. Tal legislación debe diseñarse para otorgar licencias obligatorias rápidas, justas, previsibles y aplicables para satisfacer las necesidades de salud pública legítimas, y en especial en relación con los medicamentos esenciales. El uso de licencias obligatorias debe basarse en las disposiciones de la Declaración de Doha, y los motivos para la emisión de licencias obligatorias deben quedar a discreción de los gobiernos.

(c) Los Miembros de la OMC han de revisar la decisión sobre el párrafo 6 con el fin de encontrar una solución que permita una exportación rápida y conveniente de los productos farmacéuticos fabricados en régimen de licencia obligatoria. Los Miembros de la OMC, en caso necesario, deben adoptar una exención y una revisión permanente del Acuerdo sobre los ADPIC para permitir esta reforma.

(d) Los gobiernos y el sector privado deben abstenerse de amenazas, tácticas o estrategias explícitas o implícitas que socaven el derecho de los Miembros de la OMC a utilizar las flexibilidades del Acuerdo sobre los ADPIC. Los casos de presiones políticas y comerciales indebidas deberían denunciarse formalmente ante la secretaría de la OMC durante el examen de las políticas comerciales de los Miembros. Los Miembros de la OMC deben registrar las denuncias contra presiones políticas y económicas indebidas y adoptar medidas punitivas contra los Miembros infractores.

(e) Los gobiernos que hayan suscrito tratados comerciales y de inversión bilaterales y regionales deben asegurarse de que dichos acuerdos no incluyan disposiciones que interfieran en sus obligaciones para satisfacer el derecho a la salud. Como primera medida, deben llevar a cabo evaluaciones de impacto sobre la salud pública. Antes de asumir dichos compromisos, estas evaluaciones de impacto deben comprobar que los mayores beneficios económicos y comerciales no comprometan ni obstaculicen las obligaciones en materia de derechos humanos y salud pública de la nación y de su población. Estas evaluaciones deben orientar las negociaciones, llevarse a cabo de forma transparente y hacerse públicas.

• Investigación financiada con fondos públicos

(a) Los proveedores de fondos públicos para investigación deben exigir que los conocimientos adquiridos a partir de dicha investigación tengan una difusión amplia y gratuita mediante su publicación en textos refrendados por otros especialistas, y han de procurar un amplio acceso público en línea de la investigación.

(b) Las universidades y las instituciones de investigación que reciben fondos públicos deben dar prioridad a los objetivos de salud pública sobre los beneficios económicos en sus actividades de concesión de patentes y licencias.

(c) Las universidades y las instituciones de investigación que reciben fondos públicos deben adoptar políticas y enfoques que catalicen la innovación y creen modelos de colaboración flexibles que promuevan la investigación biomédica y generen conocimientos que redunden en beneficio de la población.

Véase el informe *Promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud*. Grupo de alto nivel del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el Acceso a los Medicamentos. 2016. pág. 33-34.

6.2.3 Cambio de paradigma en el debate del acceso a medicamentos 2014-2016

- Un medicamento que cura: el sofosbuvir diferente a los puestos en el mercado en los últimos 20 años.
- El precio es inaccesible tanto para los países del Norte como para los del Sur: PROBLEMA GLOBAL.
- La industria desvincula el costo del precio y argumenta: nivel económico del país.

La OMS estima que hay en el mundo 71 millones de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis C. Un número considerable de esas personas con infección crónica desarrollarán cirrosis o cáncer de hígado. Cada año mueren unas 399.000 personas debido a la hepatitis C, sobre todo por cirrosis y carcinoma hepatocelular. La hepatitis C no siempre requiere tratamiento, porque en algunas personas la respuesta inmunitaria eliminará la infección espontáneamente y algunas personas con infección crónica no llegan a presentar daño hepático. Cuando el tratamiento es necesario, el objetivo es la curación. La tasa de curación depende de algunos factores tales como la cepa del virus y el tipo de tratamiento que se dispensa. El tratamiento de la hepatitis C está cambiando rápidamente. El sofosbuvir, el daclatasvir y la combinación de sofosbuvir/ledipasvir forman parte de los tratamientos preferidos en las directrices de la OMS, y pueden lograr tasas de curación superiores al 95%. Estos medicamentos son mucho más eficaces y seguros, y mejor tolerados que los tratamientos antiguos. Aunque los costos de producción son bajos, los AAD antivíricos siguen siendo muy caros en muchos países de ingresos altos y medianos-altos. El acceso al tratamiento del VHC está mejorando, pero sigue siendo limitado. En 2015, de los 71 millones de personas que había en el mundo infectadas por este virus, solo el 20% (14 millones) estaban diagnosticadas. Ese mismo año, solo se inició el tratamiento en el 7,4% de los casos diagnosticados (1,1 millones). En 2016 se trataron 1,76 millones de personas más, con lo que la cobertura mundial del tratamiento curativo de la hepatitis C se elevó al 13%. Queda mucho por hacer para que el mundo alcance de aquí a 2030 la meta de una cobertura terapéutica del 80%.³

Respecto a la Hepatitis C, el Dr. Velásquez, destacó que desde hace dos años, hay un medicamento que cura la enfermedad. El Sofosbuvir es el medicamento que cura la hepatitis C en 12 semanas de tratamiento. La industria farmacéutica en los últimos 20 años ya no saca medicamentos que curan sino medicamentos que tratan, es decir medicamentos que los pacientes tienen que tomar de por vida, porque evidentemente así es el negocio lucrativo. Por ese motivo, no hay mayor investigación en antibióticos que se toman por una semana y sanan, y la industria pierde el cliente.

El precio del Sofosbuvir es de US\$ 84.000 en los Estados Unidos (equivalente a \$57 mil euros en Europa), Es a un precio que es inaccesible para los países en desarrollo y también para los países desarrollados. Respecto al origen y precio del Subosbuvir, una pequeña firma americana llamada Gilead Saenz encontró que otra firma llamada Farmaced tenía un abanico de productos; Gilead por espionaje industrial se enteró que había un medicamento con mucho futuro (el Sofosbuvir) y por eso compró toda Farmaced por 11 billones de dólares. Entonces empezó a producir el

³Véase: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>

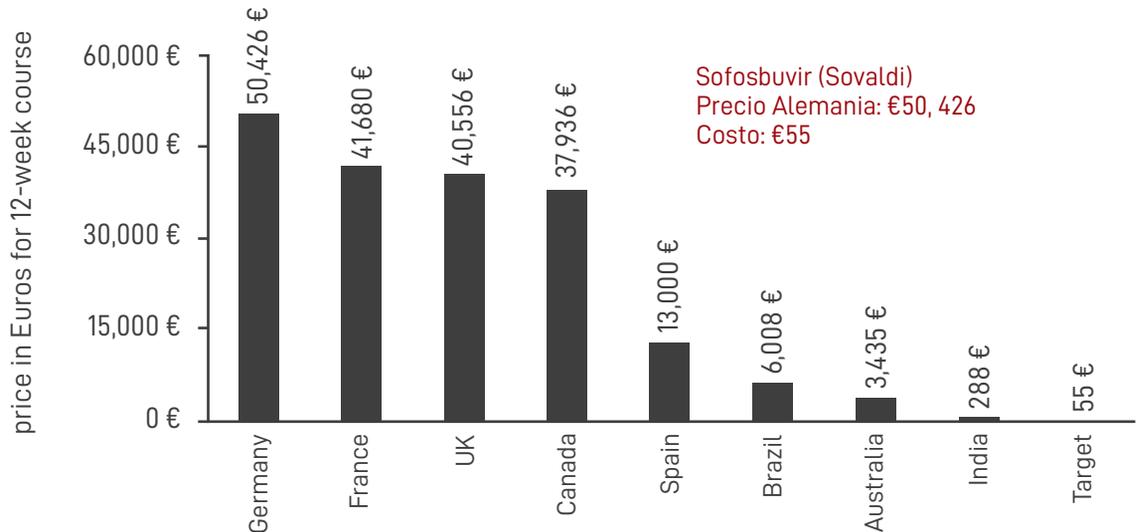
medicamento a altos precios. Algunos países empezaron a negociar individualmente con la empresa, lo que es un gran error. Francia negoció y llegó a un precio de tratamiento de 41 mil euros, es decir que los 700 mil pacientes con hepatitis en Francia, el sistema francés no los puede pagar. Entonces, el gobierno aceptó una negociación sabiendo que no va a poder cubrir. Lo mismo pasó en España que negoció mucho mejor: en una primera fase a \$ 25 mil por tratamiento; hoy en día está a US\$ 13 mil, pero tampoco alcanza para cubrir al medio millón de personas con hepatitis C. En la región, países como Brasil y Argentina han negociado a US\$ 5 mil el tratamiento.

Algunos países rechazaron la patente como Egipto, que es el país que tiene más reincidencia de hepatitis C en el mundo; hoy en día el medicamento genérico fabricado en Egipto cuesta US\$ 300 en comparación con el medicamento comercial que cuesta US\$ 84 mil. Es así que Egipto está tratando 170 mil casos. El dueño del Laboratorio Farco de Egipto, que está fabricando el medicamento, decía que se estaba volviendo millonario vendiendo a US\$ 300 dólares.

El costo de producción del Sofosbuvir lo han publicado algunos expertos ingleses, es del orden de \$100. En los primeros 3 meses del 2016, Gilead hizo 40 billones de ventas. Los beneficios en el 2015 fueron US\$ 18 billones con este medicamento. Lo que quiere decir que el costo de investigación, lo recuperaron el primer año. Entonces, la primera pregunta es ¿Por qué se les admite 20 años de patente? ¿Por qué un monopolio de 20 años cuando recuperaron la inversión en el primer año? Este estudio, publicado en la conferencia de Urban el año pasado, fue desarrollado por un grupo de ingleses, donde se decía el costo de la materia prima, la formulación, el empaque, etc., y al final decía que un precio de US\$ 62 por tratamiento ya incluía un 50% de margen de lucro.



Precio del sofosbuvir en algunos países (12 semanas)



Sofosbuvir prices:

1. Canada (Quebec): http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/liste_med/liste_med_2016_10_03_fr.pdf
2. France: <http://www.medecinsdumonde.org/actualites/presse/2016/09/29/mdm-soppose-au-brevet-sur-le-sovaldir-decision-le-5octobre-2016>
3. Germany: medizinfuchs.de
4. Spain: http://politica.elpais.com/politica/2016/04/05/actualidad/1459873421_480033.html?id_externo_rsoc-TW_CC
5. UK: British National Formulary 2016
6. Brazil: <http://www.portaltransparencia.gov.br/despesasdiarias/empenho?documento=250005000012015NE801493>
7. Australia: Based on total annual government expenditure (AU \$200 million) and 40,000 treated in 2016
8. India: <http://hepcasia.com/wp-content/uploads/2016/03/31-Jan-2016-Indian-generic-sofosbuvir.pdf>

El precio en Alemania es US\$ 50 mil, en Francia US\$ 41 mil, en Inglaterra US\$ 40 mil, en España US\$ 13 mil, en Brasil US\$ 6 mil, en Argentina US\$ 5 mil. Esto no tiene ninguna lógica. Gilead estaba jugando con los países.

Para completar este panorama, el *Washington Post* el 13 de julio del 2016, dice que Gilead cambió su casa madre y la puso en Irlanda para evadir impuestos. Hay una denuncia en la Corte de los Estados Unidos porque actualmente están evadiendo US\$ 10 billones de impuestos en los Estados Unidos. Esto es un fraude grave, es decir que Gilead se comporta como un ladrón. ¿Entonces, qué hacen los gobiernos de España, Francia o Inglaterra negociando con un ladrón? Perdóneme que sea tan fuerte. Pero en este momento, las Organizaciones No Gubernamentales importantes han debido exigir al Gobierno de Francia que hagan una licencia obligatoria y se le retira el derecho de la patente o no se le concede la patente y si ya le concedieron, le retiren la patente para que el medicamento sea accesible.

6.2.4 Conclusión conferencia: Acceso a medicamentos y propiedad intelectual

¿Qué ha cambiado en los últimos dos años? Hay un cambio de paradigma

- **El problema es global, ya no es para las enfermedades que afectan desproporcionadamente los países en desarrollo.**
- **Por primera vez en la historia hay medicamentos que los países industrializados no consiguen pagar, por ejemplo: el Sofosbuvir, los países industrializados empiezan a tener dificultades para asegurar el abastecimiento:** No estamos hablando de falta de medicamentos en África en países pobres en Asia, etc. Estamos hablando que es un problema que afecta al mundo desarrollado incluido en Europa.
- **Se está dando al problema un enfoque no de comercio sino de derechos humanos. El Comité de derechos humanos consideró, en sus deliberaciones en 2015, que las barreras al acceso a medicamentos pueden ser consideradas como una violación de los derechos humanos:**

La eliminación de la enfermedad solo es posible si los medicamentos pueden ser adquiridos a precios bajos dentro de los presupuestos de salud. Se necesitan nuevas formas de encarar los altos costos de medicamentos, por ejemplo, el tratamiento para la Hepatitis C con Sofosbuvir.

La mayoría de los medicamentos tienen costos de producción bajos. Las compañías farmacéuticas podrían hacer altos beneficios si se decidieran a vender grandes cantidades a bajo precio.

La OMS aprobó una estrategia mundial para la eliminación de la hepatitis C, pero no dice expresamente que con los precios actuales es imposible eliminar la enfermedad. Habría que desarrollar una estrategia de cómo arreglar el problema del precio, de manera que se necesitarían formas nuevas de encarar el tratamiento masivo. ¿Por qué estas firmas no ponen precios mucho más accesibles, de tal manera que se pueda tratar masivamente la población?

Entonces, si las compañías farmacéuticas rechazan bajar los precios habría que pensar seriamente en licencias obligatorias, es un derecho de los países; atacarlos en justicia como una violación de derechos humanos, utilizar los dineros que están evadiendo en impuestos para pagar tratamientos, promover la fabricación de genéricos. Está escrito el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), fue una de las negociaciones (Acuerdo de la Ronda Uruguay).

El acceso a medicamentos hace años era una voluntad política o caridad en los dispensarios en África y algunos países de América Latina, de los religiosos en hospitales de caridad, hoy en día el acceso al medicamento es un derecho y está escrito incluso en la Constitución de algunos países. En aquella época había 0 licencias obligatorias para medicamentos en los países en desarrollo, en cambio decenas y decenas en los Estados Unidos (es el país que más licencias obligatorias hace en el mundo, mientras que no las dejan hacer en otra parte), hoy en día se han hecho más de 30 de licencias obligatorias en 11 países distintos (ya mencioné algunos) como Filipinas, Malasia, Indonesia, India, Brasil, Ecuador.

Hace 20 años los pacientes eran pacientes, hoy en día los pacientes son impacientes. Finalmente, el Dr. Velásquez hace un llamado a continuar fortaleciendo la alianza de los países andinos en la negociación.

"Ustedes tienen la suerte de tener iniciativas suramericanas como es el Organismo Andino de Salud, como UNASUR, de tal manera que pueden negociar políticas y estrategias a nivel de la región. Esta negociación no va a ser posible a nivel nacional individual, tiene que ser por grupos de países que se unan y acuerden tomar una estrategia común"



7. SEGUNDO PANEL DEL FORO: ANÁLISIS Y EVIDENCIA SOBRE ASPECTOS DE EFECTIVIDAD DEL GASTO EN SALUD

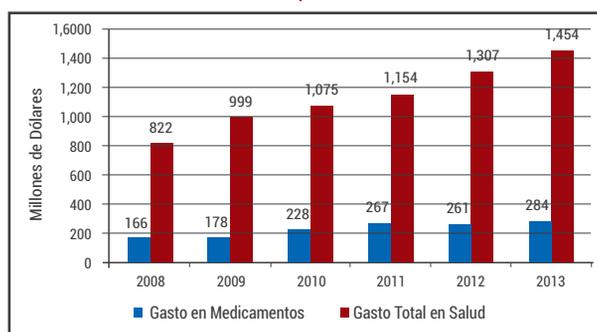
En el VII Foro Andino de Salud y Economía, los delegados de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos realizaron presentaciones en las cuales, de acuerdo con los lineamientos brindados por el ORAS - CONHU, abordaron temas referidos a gastos en medicamentos.

7.1. Gasto en medicamentos 2018-2013 en el Estado Plurinacional de Bolivia

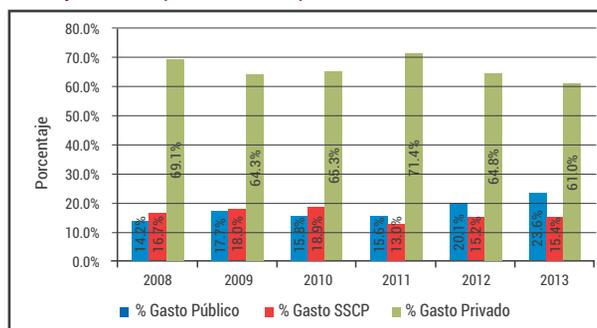
 **Bolivia:** Dra. Patricia Tamez Parra, responsable del Área de Evaluación, Tecnología y Uso Racional de AGEMED

En el primer gráfico se muestra cuál es el gasto en medicamentos respecto al gasto total en salud. En la gestión de 2008 ha tenido un gasto total en salud de US\$ 822 millones, pero el gasto en medicamentos fue de US\$166 millones y comprende el sector privado, el sector de la seguridad social y el resto del sector público. En 2009, se ha tenido un aumento, US\$ 999 millones ha sido el gasto total en salud y US\$178 millones, corresponden al gasto en medicamentos. Se ha ido incrementando en 2010, en 2011, 2012, 2013, hasta tener un gasto de US\$1.454 millones en gasto total en salud y US\$284 millones en gasto de medicamentos. El incremento en el gasto en medicamentos se da en los tres sectores: privado, seguridad social y en el sector público de salud. En el año 2008, un 69,1% de gasto en el sector privado, 16,7% de la seguridad social y 14,2% en el resto del sector público de salud. En los siguientes años se nota un incremento del gasto en el sector público de salud, con énfasis en la seguridad social. El gasto en medicamentos como porcentaje del Gasto Nacional en Salud entre el 2008 y el 2013 ha oscilado en 20,0%. El gasto en medicamentos como porcentaje del PIB también ha tenido un aumento paulatino. En el 2008, es de 0.9%; en el 2009, es de 1.02%; en el 2010 es de 1.16%; en 2011, es de 1.12%.

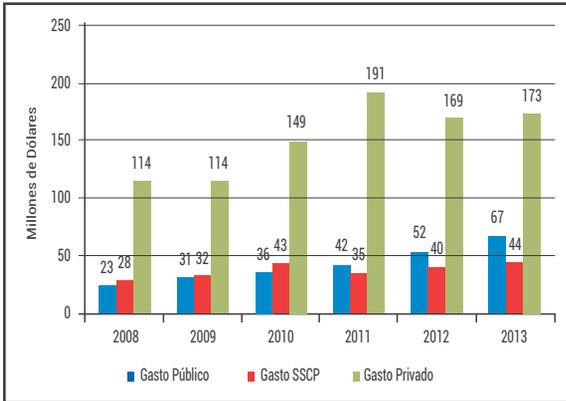
Gasto en Medicamentos respecto del Gasto Total en Salud



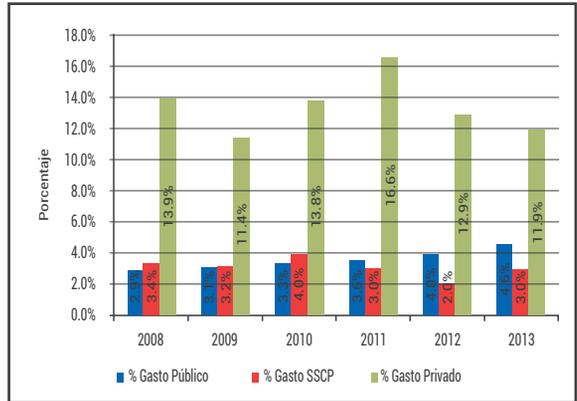
Porcentaje de Gasto por Sectores respecto del Gasto Total en Medicamentos



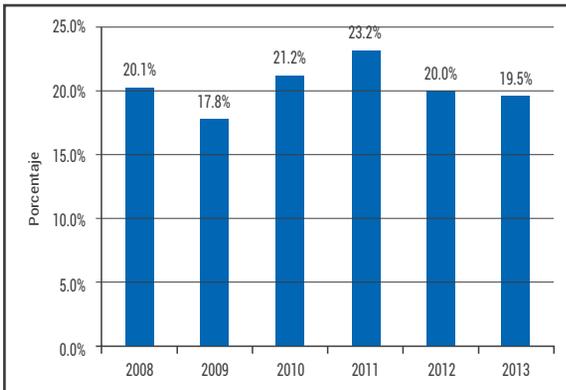
Gasto en Medicamentos por Sector



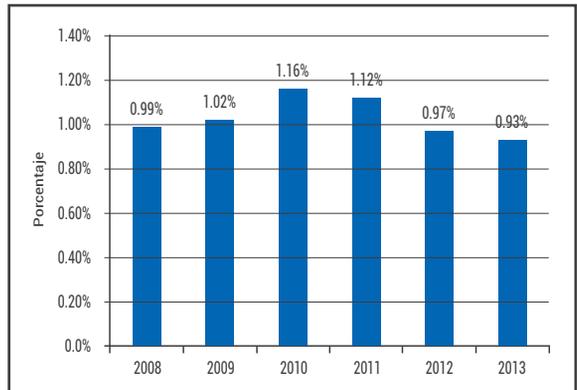
Porcentaje de Gasto en Medicamentos por Sector respecto del GNS



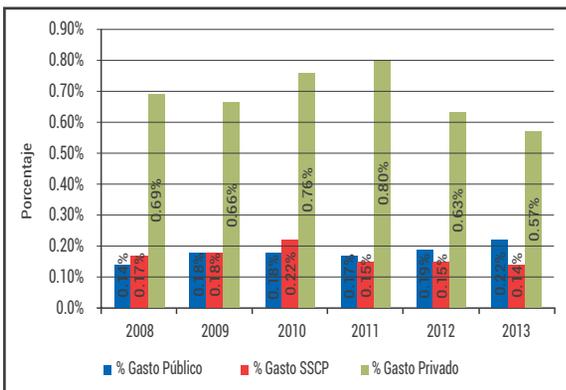
Gasto en Medicamentos como % del GNS



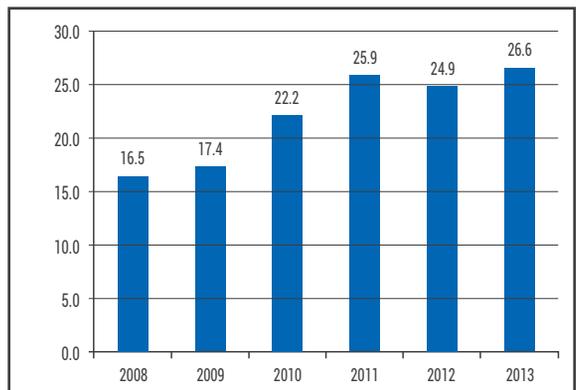
Gasto en Medicamentos en % del PIB



Porcentaje del Gasto en Medicamentos por Sector respecto del PIB



Gasto Per Cápita en Medicamentos

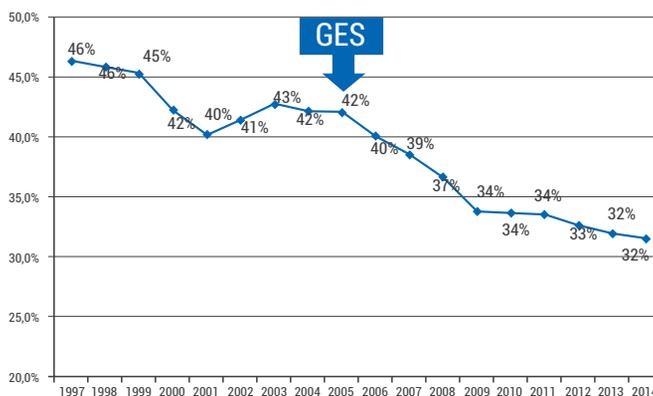


7.2. Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Chile

 **Chile:** Dr. Jorge Cárdenas Rojas, Asesor de Asuntos Farmacéuticos del Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas de Prestadores de Salud y de Medicinas Complementarias del Ministerio de Salud de Chile.

- **El gasto de bolsillo en salud en medicamentos**

ANTECEDENTES: EVOLUCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO TOTAL EN SALUD 1997-2014



- El Gasto de Bolsillo en Salud ha tenido una baja sostenida desde el año 2005.
- El inicio de las Garantías Explícitas en Salud (2006) ha impactado significativamente en la reducción del gasto de bolsillo en salud y por ende del gasto por medicamentos.

En Chile existen esquemas de previsión en salud que cubren 97% de la población, sin embargo, el "gasto de bolsillo", es decir, el gasto en salud que realizan las personas y que no es cubierto por dichos esquemas previsionales, es de 31% (10,5% copago y fármacos; 20,0% pagos directos). Dentro de ese porcentaje, el 29% corresponde a medicamentos.

¿Dónde se gastan estos recursos? El 36,0%, en prestadores privados; 35,0%, en prestadores públicos; y un 9,0%, en las farmacias privadas. En Chile, hay alrededor de 3.000 farmacias, en donde 1.500 aproximadamente se encuentran en la capital metropolitana y las otras 1.500 están divididas entre todas las otras 14 regiones. De estas 3.000 farmacias, alrededor del 50% son de cadena (51.2%); y el 50% son independientes (48.8%). Sin embargo, cuando uno habla de cómo está distribuido el mercado de la venta de medicamentos, el 90% aproximadamente se concentra en tres grandes cadenas. Hay una concentración de un 90% en la venta de medicamentos en cadenas y un 10% en farmacias independientes.

El gasto de bolsillo en salud ha tenido una baja sostenida desde el año 2005. El principal motivo que ha producido la disminución del gasto de bolsillo en salud, y por lo tanto en medicamentos, es la incorporación en el año 2006 de la Garantía Explícita en Salud (GES). Un programa que partió con 25 patologías, pero que actualmente llega a 80 problemas de salud.

• Políticas actuales que se estén implementando para mejorar el acceso a medicamentos y disminuir el gasto de bolsillo

¿Qué políticas se han desarrollado en Chile para mejorar el acceso a medicamentos? un ítem importante fue la Garantía Explícita en Salud (GES). Sin embargo, desde 1999 se tiene la Ley de Urgencias y desde el 2000 la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas para el sistema de salud privado. Actualmente, el GES incluye con 80 problemas de salud. Otros hitos importantes son:

- **Fondo de Farmacia:** El Fondo de Farmacia, busca otorgar en APS acceso oportuno a medicamentos definidos en el arsenal básico del Servicio de Salud, para enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas cardiovasculares. Pretende fortalecer la gestión farmacéutica de las entidades administradoras de salud y de los servicios de salud, que permitan la provisión racional y oportuna de medicamentos. El fondo de recursos que se inyecta al sistema público permite garantizar medicamentos e insumos médicos para tratar diabetes tipo 2, hipertensión arterial alto y pie diabético. Este es un programa que en Chile ha tenido buenos resultados, tiene un cumplimiento del 98.85% de recetas entregadas oportunamente de un total de 16.207.515 despachadas, una adecuada capacidad resolutive de los reclamos, ha contratado recurso humano calificado (químicos farmacéuticos y técnicos de nivel superior en farmacia) en cada una de las farmacias y en centros médicos de la red pública, ha desarrollado la estrategia piloto: Gestión de Citas (mensajería a teléfono de los pacientes para recordarles sus citas) y mensajería de texto a los pacientes con diabetes de tipo 2.

- **Ley 20.850 - Ricarte Soto:** En el 2015, fue aprobada y promulgada la Ley Ricarte Soto⁴, que busca asegurar el financiamiento de diagnósticos y tratamientos basados en medicamentos, dispositivos médicos y alimentos de alto costo con efectividad probada, que muchas veces suelen tener costos inalcanzables para las personas y sus familias.

- **Farmacias Populares:** En 2015, comenzó esta iniciativa en el Municipio de Recoleta, en Santiago (la capital). ¿Qué hacen las Farmacias Populares? Adquieren los medicamentos a un costo bastante reducido, muchos de ellos a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) que es un organismo autónomo que tiene dependencia del Ministerio de Salud y se encarga de adquirir medicamentos a un precio reducido, a comparación del resto del mercado y lo entregan directamente a los usuarios. Es así como se pueden observar diferencias de hasta 20 veces entre un medicamento y un producto genérico. Las Farmacias Populares han mejorado el acceso a medicamentos, disminuido las barreras financieras de las personas con menores recursos respecto a estos productos que son esenciales. El Ministerio de Salud entiende que esta política promueve y mejora el acceso a medicamentos y ha apoyado desde un inicio esta iniciativa. Partió en 2015 con una farmacia. Actualmente, se cuenta con 93, 60% en regiones y 40% aproximadamente en la región Metropolitana.

⁴Véase: <http://www.minsal.cl/leyricarte/>

• Desafíos

- **Ley de Fármacos:** En el 14 de febrero de 2014, entro en vigencia la Ley de Fármacos⁵, que modificó el código sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamento. Esta Ley: i) Cambió la forma de prescripción: los profesionales deben anotar el nombre genérico del medicamento en todas las recetas; ii) Venta fraccionada de fármacos: se puede adquirir solo la cantidad de medicamentos que necesita, entre otros aspectos relevantes para mejorar el acceso a medicamentos. Sin embargo, hubo algunos temas que no se tocaron en esa gran reforma de la Ley de Fármacos l y quedaron pendientes algunos puntos que podrían mejorar el acceso a medicamentos, serían:

- 1) El fortalecimiento de CENABAST, que es una institución pública que adquiere medicamentos a costos reducidos por volumen de compra y los entrega a toda la red pública, incluidas las Farmacias Populares que son parte de la red pública.
- 2) La prescripción por Denominación Común Internacional (DCI) obligatoria y, muy asociada a esta, la intercambiabilidad por genérico.

- **Observatorio de Medicamentos:** Para lograr transparencia de información hacia los usuarios se está desarrollando el Observatorio de Medicamentos, siguiendo de cerca experiencias internacionales como las de Colombia y Perú, con los cuales ya se ha desarrollado un trabajo de intercambio de conocimientos.

- Reformulación de la Normativa de Equivalencia Terapéutica

Por otra parte, la Reformulación de la Normativa de Equivalencia Terapéutica, que fue incorporada en la Ley

de Fármaco l, pero con el paso del tiempo tenía una serie de problemas, como por ejemplo, se encareció el costo de medicamentos en muchos casos.

- Proyecto de Acuerdo

Un Proyecto de Acuerdo es cuando se junta un grupo de diputados y le piden al gobierno que se haga cargo de un tema en específico. En este proyecto, se le solicita al gobierno que fomente una política estatal, por ejemplo: las Farmacias Populares como parte de una política más grande que facilite la instalación y funcionamiento de estos establecimientos.

Un importante Proyecto de Acuerdo se insta al Gobierno de Chile la elaboración de un conjunto de medidas de mediano y largo plazo que permitan al Estado, a través su administración centralizada y descentralizada, garantizar el acceso equitativo a los medicamentos, incluyendo banda de precios para la regulación de los mismos y la provisión mínima garantizada de medicamentos genéricos de todo tipo.

El segundo Proyecto de Acuerdo (enero de 2017). Se solicita a la Presidenta de la República que implemente como herramienta de política pública a través del Ministerio de Salud el uso de licencias obligatorias de patentes farmacéuticas y al Ministerio de Economía, Fomento y Turismo la actualización de la reglamentación para la expedita tramitación de dicha licencia. Se debe avanzar hacia un lenguaje común de entendimiento entre estos dos ministerios: Salud y Economía.

⁵Véase: http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PPTLEYDEFARMACOS_3PRESENTACIONPARAWEBPDF.pdf

7.3. Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Colombia

 **Colombia:** Dra. María Cristina Baracaldo. Dirección de Medicamentos y Tecnología en Salud

• Política Farmacéutica Nacional - CONPES 155

El tema de impacto en medicamentos y el gasto no solamente dependen del precio de los medicamentos, sino también hay otro tipo de factores que están afectando ese impacto de medicamentos de los sistemas de salud de los países. En el documento Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES) 155, *Política Farmacéutica Nacional*⁶ expedido en Colombia en el año 2012. El objetivo de la política es contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento. La construcción de la política se sustentó en una metodología que partió por identificar las necesidades en salud relacionadas con el

acceso a medicamentos y la calidad de la atención, los elementos industriales y de mercado que lo afectan o facilitan, los asuntos ambientales y de ciencia y tecnología, el cumplimiento de los principios rectores de la reforma del sistema de salud; seguidos por la revisión de los avances de la aplicación del documento de Política Nacional Farmacéutica de 2003, además de la revisión de recomendaciones de organismos internacionales y mejores prácticas de otros países. En el diagnóstico, se encontró que el problema central de la situación farmacéutica nacional es el acceso inequitativo a los medicamentos y la deficiente calidad de la atención. Este problema se atribuye a cinco grandes causas, con sus subcomponentes, que se resumen en el siguiente esquema:

1. Uso inadecuado e irracional de los medicamentos y deficiente calidad de la atención

1.1 Prácticas inadecuadas de uso.

1.2 Debilidades del recurso humano en salud (profesionales de la salud, tales como médicos prescriptores, enfermeras, farmacéuticos, técnicos y tecnólogos, formuladores de política, entre otros). Cuando se hizo este diagnóstico, se llegó a la conclusión de que había más o menos 10 farmacéuticos por cada 100,000 habitantes.

1.3 Debilidades de las políticas de formación y educación continuada dirigidas al personal de salud y a la población.

1.4 Monitoreo y vigilancia insuficientes de la publicidad y promoción farmacéutica.

1.5 Dispersión y falta de integralidad en la prestación de los SF.

2. Uso ineficiente de los recursos financieros de la salud e inequidades en el acceso a medicamentos.

2.1 Información y monitoreo deficiente en el cálculo de la UPC vs. explosión del gasto de medicamentos No POS (Plan Obligatorio de Salud).

2.2 Debilidades en la rectoría, la vigilancia, el monitoreo y la política de precios.

2.3 Debilidades en la selección de medicamentos y definición del plan de beneficios.

3. Oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales.

4. Ausencia de transparencia, baja calidad de la información y escaso monitoreo del mercado farmacéutico.

5. Debilidades en la rectoría y en la vigilancia.

⁶Una descripción detallada del diagnóstico y de las estrategias se encuentra en el documento: DNP (2012) Política Farmacéutica Nacional. Véase: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>

Gasto en Salud - Plan de beneficios medicamentos 2015

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	VALOR
MEDIAMBU	Medicamentos ambulatorios	331.829.574	353.795.349.894
B02BD0201	FACTOR ANTIHEMÓFÍLICO No menos de 100 UI de factor VIII POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	546.558	91.889.484.703
V03AN0101	OXIGENO Gas GAS	8.418.206	73.948.424.703
L01XC0301	TRASTUZUMAB 440mg POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	28.709	58.122.378.399
B01AB0001	HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR UI o mg. SOLUCIÓN INYECTABLE	2.746.512	55.427.465.723
A10AE0401	INSULINA GLARGINA 100UI/ml SOLUCIÓN INYECTABLE	667.685	54.148.965.935
L01XC0201	RITUXIMAB 10mg/ml SOLUCIÓN INYECTABLE	28.680	53.058.465.459
J01DH0201	MEROPENEM 1g POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	340.744	39.846.364.570
J01CR0501	PIPERACILINA/TAZOBACTAM 4.5g POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	480.825	33.546.677.333
C10AA0501	ATORVASTATINA 10mg TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO CÁPSULA	18.451.670	31.599.993.913
L04AB0102	ETANERCEPT 50mg POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN O SOLUCIÓN INYECTABLE	36.209	26.506.125.802
C02X0101	BOSETÁN 125mg TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO	131.564	24.161.965.991
J01CA5101	AMPICILINA SÓDICA + SULBACTAM SÓDICO 1 g + 0.5 g POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	1.265.678	21.200.794.188
L01XE0102	IMATINIB 400mg TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	116.449	18.226.549.935
B02BD0401	FACTOR ANTIHEMÓFÍLICO No menos de 100 UI de factor IX POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN	105.237	18.193.714.315
L03AA1301	PEGFILGRASTIM 1mg/0,1ml SOLUCIÓN INYECTABLE	13.043	16.502.493.046
C10AA0503	ATORVASTATINA 40mg TABLETA CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO CÁPSULA	29.042.642	10.982.749.424
B05BB0101	SODIO CLORURO 0,009 SOLUCIÓN INYECTABLE	3.751.658	10.865.359.499
A02BC0102	OMEPRAZOL 20mg TABLETAS CON O SIN RECUBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUEN LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA	95.391.504	10.604.176.807
B05AA0101	ALBÚMINA HUMANA NORMAL 20% - 25% SOLUCIÓN INYECTABLE	47.987	9.740.738.115

Fuente: Elaboración propia. A partir de información brindada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Febrero de 2017

Aunque son diversas las problemáticas, como ejemplo, se describen la referidas a al uso inadecuado e irracional de los medicamentos. En este gráfico se puede ver prácticas de uso irracional. En estas 20 líneas se encuentra más o menos el 25% de ese gasto del régimen contributivo en el plan de beneficios.

Se ve que en la segunda y cuarta línea factores de coagulación, hay unas prácticas inadecuadas. que ante cualquier sangrado se está utilizando factores de coagulación.

Gasto en Salud - Recobros medicamentos 2015 \$ 5.556.585.528.816 COP

atc	medicamento	Suma De Valor Aprobado ítem	proporción	sumatoria
0L04AB04	adalimumab	\$ 127.759.197.134	2,3%	2,3%
0H01AC01	somatropin	\$ 125.068.256.202	2,3%	4,6%
0L02BX03	abiraterone	\$ 123.041.265.449	2,2%	6,8%
0L04AA25	eculizumab	\$ 120.461.774.733	2,2%	8,9%
0L04AX04	lenalidomide	\$ 103.100.512.010	1,9%	10,8%
0S01LA04	ranibizumab	\$ 98.307.238.018	1,8%	12,6%
0L01XC07	bevacizumab	\$ 97.412.763.104	1,8%	14,3%
0V08AA05	ioxitalamic acid	\$ 80.137.722.912	1,4%	15,8%
0L04AA18	everolimus	\$ 80.007.754.522	1,4%	17,2%
0N02BE71	paracetamol, combinations with psycholeptics	\$ 79.737.758.951	1,4%	18,6%
0A16AB02	imiglucerase	\$ 74.114.990.926	1,3%	20,0%
0L01XX32	bortezomib	\$ 72.776.418.420	1,3%	21,3%
0R03DX05	omalizumab	\$ 66.583.107.409	1,2%	22,5%
0L01XE08	nilotinib	\$ 66.015.581.500	1,2%	23,7%
0L01XE06	dasatinib	\$ 62.653.905.812	1,1%	24,8%
0N03AX16	pregabalin	\$ 56.485.533.045	1,0%	25,8%

Fuente: Elaboración propia. A partir de información brindada por la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Febrero de 2017

Igual sucede con la insulina glargina en la segunda línea, así como atorvastatina de 40 y de 10 mg. Este es el grueso del gasto en salud del régimen contributivo y se ve irracionalidades en la prescripción.

Ahora bien, esta es la parte de los recobros. Los medicamentos que no se encuentran en el Plan Obligatorio de Salud o Plan de Beneficios. Allí se ve que en la gran mayoría son biológicos y esta línea amarilla refleja datos que no deberían estar ahí, pero aparecen por calidad de la información.

• Desafíos

En Colombia se ha venido trabajando en los últimos cinco años en la política de precios. Se han regulado una amplia cantidad de medicamentos; se cuenta con un sistema de Información de Medicamentos (SISMED) y en este momento se está haciendo un programa de mejoramiento de ese sistema. Se están trabajando desde el MSPS, desde la Dirección de Medicamentos, así como con otras direcciones del Ministerio en el cumplimiento de las estrategias formuladas en la política farmacéutica nacional.

- 1.** Información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de medicamentos. Se está llevando a cabo un mejoramiento del sistema de información de medicamentos y elaborando el Observatorio de Medicamentos en Colombia.
- 2.** Institucionalidad eficaz, eficiente y coherente.
- 3.** Adecuación de la oferta y competencias del recurso humano del sector farmacéutico.
- 4.** Instrumentos para la regulación de precios de medicamentos y monitoreo el mercado.
- 5.** Fortalecimiento de la rectoría del sistema de vigilancia con enfoque de gestión de riesgos. Esta es una regulación que ya se hizo y se está implementando. Es la integración de los diferentes actores que realizan inspección, vigilancia y control en Colombia, como son la agencia reguladora INVIMA, las secretarías de salud en los diferentes departamentos, el Ministerio y otras entidades.
- 6.** El compromiso de sostenibilidad ambiental y el aprovechamiento de la biodiversidad. Es una de las propuestas que se ha hecho para la Comisión, y es tener en cuenta no sólo la cadena del medicamento hasta el uso, sino la disposición final. Es un problema que viene, creciendo y que tenemos que ir asumiendo.
- 7.** Adecuación de la oferta de medicamentos a las necesidades de salud nacional y regional. El desarrollo e implementación de programas especiales de acceso a medicamentos.
- 8.** Diseño de redes de servicios farmacéuticos. Esto en concordancia con el modelo de salud universal y atención integral.
- 9.** La promoción del uso racional de medicamentos en el que se están haciendo varias estrategias actualmente.

7.4. Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Ecuador



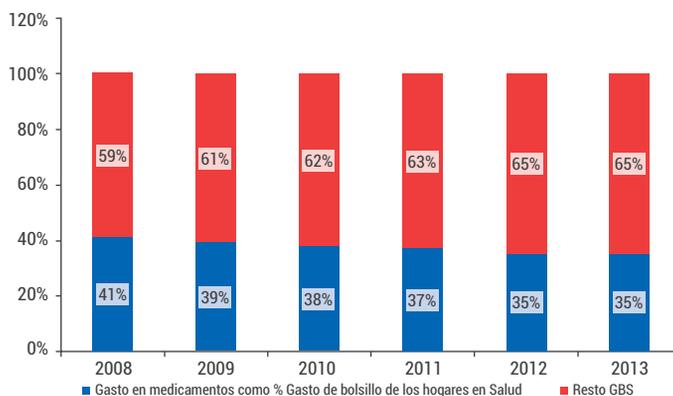
Ecuador: Dra. Silvia Álvarez Freire. Especialista de Políticas de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Ministerio de Salud Pública

• Los postulados de la constitución y los esfuerzos para optimizar los recursos

En el marco legal la Constitución de la República emitida en el 2008, el numeral 7 del artículo 363, plantea las responsabilidades que tiene el Estado de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales. Además, en el artículo 366 se señala que el

financiamiento público en salud será oportuno, regular, suficiente y deberá provenir de fuentes permanentes del presupuesto general del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. La disposición 22º transitoria establece que: "El Presupuesto General del Estado destinado al financiamiento del sistema nacional de salud, se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0,5% del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el 4%".

GASTO EN MEDICAMENTOS COMO PORCENTAJE DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD



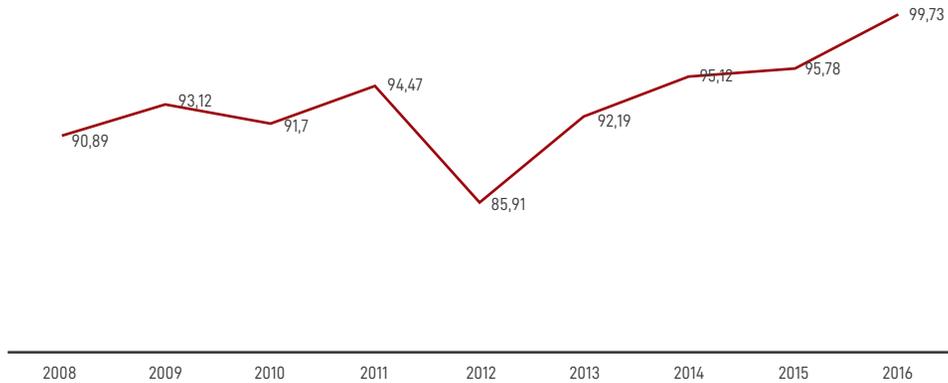
Nota: GBS= Gasto de Bolsillo en Salud

Fuente: INEC, Cuentas Satélite de los Servicios de Salud 2003-2013

Como se puede evidenciar, desde el año 2008 hasta el 2013, datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), en las cuentas satélites se evidencia un aumento del gasto en salud y obviamente éste va en relación con la participación de gasto en medicamentos. El Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Seguridad Social (IESS) tienen un gasto similar y los mínimos se encuentran en la policía y en las fuerzas armadas.

Respecto al gasto de medicamentos como porcentaje del gasto de bolsillo en salud, se observa que prácticamente es la mayor parte, aproximadamente entre el 35 y 37% desde el 2008 hasta el 2013. En comparación con el resto del gasto, que va desde el 60% hasta el 65% desde 2008 hasta 2013.

PORCENTAJE EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS MÉDICOS EN EL MSP



El presupuesto asignado para medicamentos y dispositivos médicos del MSP se ha incrementado desde el 2008.

En cuanto al gasto de medicamentos y dispositivos médicos por niveles de atención, se tiene que la mayor parte se lleva entre el 2º y 3º nivel de atención, seguido del 1º nivel y también los programas y estrategias de salud, en este caso VIH, inmunizaciones y otros.

En el Ecuador se han generado mecanismos para tratar de optimizar los recursos disponibles, emitiéndose la lista de medicamentos de uso obligatorio para todos los establecimientos de salud. Esta lista se consolida en el

Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) con 399 principios activos que se abren a 787 presentaciones comerciales. Además, desde el mes de octubre de 2016, se agregó la lista de dispositivos médicos esenciales que consta de 3,000 ítems. También se ha optimizado el gasto con las autorizaciones de las compras de medicamentos que no constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) vigente a través de un proceso técnico en donde se evalúa de acuerdo con criterios de eficacia y seguridad. También las evaluaciones de tecnologías sanitarias y económicas para definir la cobertura de los medicamentos.

• Desafíos

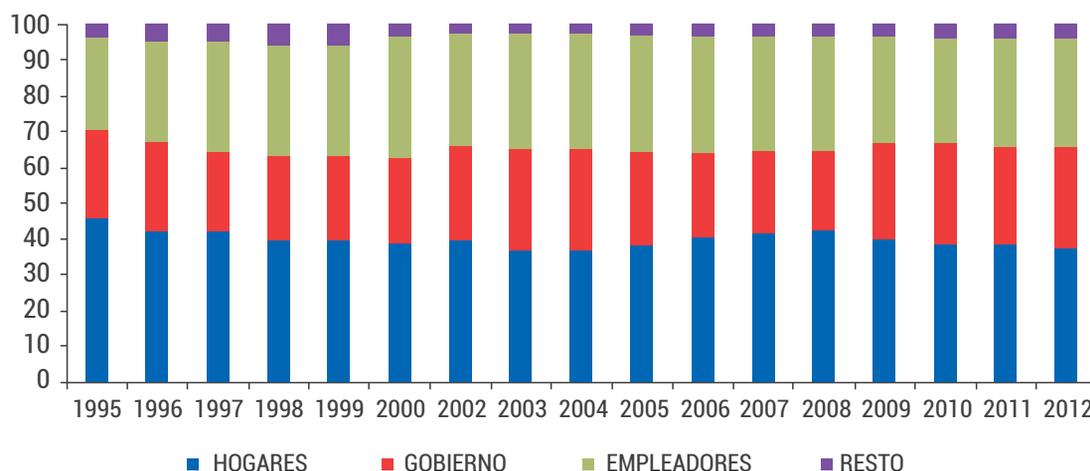
- Monitorear la calidad de gasto en la compra de medicamentos y dispositivos médicos, de tal forma que sea eficiente y que responda realmente a las necesidades de salud de la población.
- Desde hace aproximadamente unos 6 meses, estamos enfrentando unas medidas cautelares de la judicialización de la salud que, en caso se aprobaran, representaría aproximadamente US\$ 300 millones adicionales cada año para la compra de medicamentos que no constan en el CNMB vigente. Prácticamente duplicaría la necesidad del presupuesto de medicamentos para aquellos casos.
- Desde las instancias correspondientes, se está trabajando a fin de poder hacer frente a esta judicialización. Por ahora, solamente se está considerando el derecho al medicamento por parte del paciente, pero sin observar a la equidad; contra poniéndonos al tener la cobertura de estos medicamentos por medio de la judicialización.

7.5. Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, Perú

 **Perú:** Dra. Vicky Roxana Flores Valenzuela. Directora General de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)

Financiamiento de la salud en el Perú, 1995-2012 (%)

Los hogares se mantuvieron como el principal agente de financiamiento, aunque su participación disminuyó de 45.8% al 37.0% debido a la mayor participación del financiamiento del Gobierno de 25.2% al 29.0%



Fuente: Cuentas nacionales en salud, Perú 2005 - 2012

El gasto en salud en el Perú es de 5.3% del PIB; el presupuesto de salud para el año 2017 es de US\$4,282 millones. Sin embargo, 7.5 millones de ciudadanos peruanos no cuentan con seguro de salud, que equivale al 24.2% de la población. Un 46.1% está a través del Seguro Integral de Salud (SIS) y un 23.3%, a través del Seguro Social, que es EsSalud; y otros que es el 6.4%.

Respecto al financiamiento, está entre los hogares, el gobierno, los empleadores y el resto. Se ha mantenido en el tiempo que son los hogares el principal agente financiador, aunque su participación disminuyó desde 45.8% a 37% durante el periodo 1995-2012. Esto, debido a la mayor participación de financiamiento del gobierno, que ha ido aumentando del 25.4% al 29.0%.

El mercado farmacéutico peruano en unidades ha ido creciendo en los últimos 15 años, principalmente por el crecimiento del consumo de instituciones públicas, dadas las compras corporativas que viene realizando el Ministerio de Salud.

Dentro del presupuesto en productos farmacéuticos, se ha ido incrementando desde el año 2009 hasta el año 2017. En el caso 2009 era de 548 millones de soles y éste se ha ido incrementando con los años. En el año 2016, fue de 1,025 millones de soles.

Respecto al gasto de bolsillo en porcentaje, según el tipo de gasto durante el periodo 2004 al 2012, principal

tipo de gasto en salud de los hogares fueron los medicamentos que absorbieron entre 33 y 47%. La curva se mantiene durante este periodo.

El gasto catastrófico en salud no es cubierto a pesar de contar con un seguro público de salud (SIS). Este efecto protector es relevante, pues la probabilidad de gasto catastrófico de un no asegurado es de 11.6 veces versus las 3.5 veces de un asegurado SIS. Ante una enfermedad catastrófica, esto también se considerará un gasto para los hogares, dado que no están considerados por el SIS.

La utilización de los servicios de salud. ¿A dónde acude la población? Mayormente va a una consulta privada. Durante los años, se ha mantenido. Una segunda opción para la población es una farmacia o una botica, que también son privados. Al final, se tiene el sector público. El servicio privado, que son las farmacias, ha mantenido constante su porcentaje de participación y es el primer sitio a donde acude la población.

Respecto al acceso a medicamentos como derecho humano, se tiene una política nacional de medicamentos

que fue aprobada mediante una Resolución Ministerial en el año 2014, la cual establece los primeros lineamientos en el acceso universal a los medicamentos esenciales.

También se cuenta con la Ley N° 29459, "Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios". En su Artículo 27 se mencionan sus lineamientos.

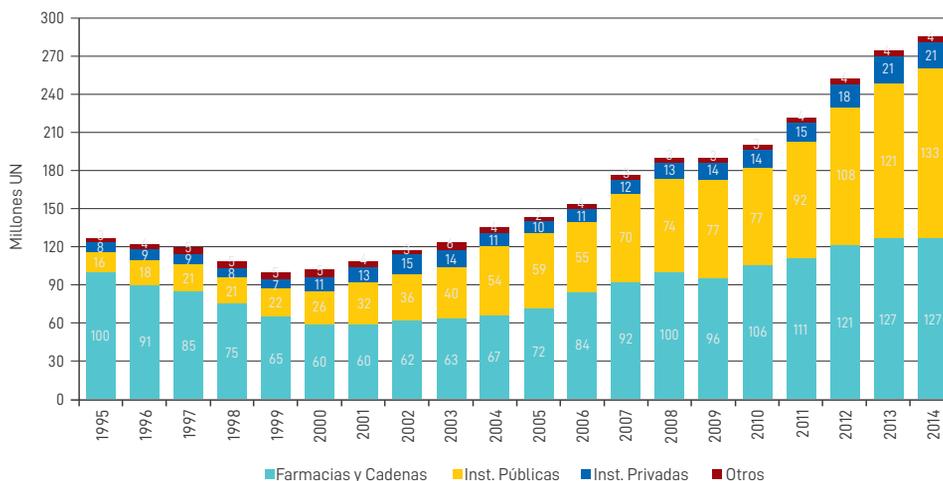
Así como los lineamientos de políticas de acceso a productos biotecnológicos, que recientemente fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 259-2016, que ha permitido tener mayor apertura en el tema de regulación de los biotecnológicos.

Se realizó un estudio con entrevistas a pacientes con una muestra de 11.248 recetas y el 80.9% de ellas fueron por seguro.

Dentro de los precios de medicamentos de alto costo, se ha hecho también un estudio comparativo de los precios de adquisición de medicamentos esenciales de

Mercado farmacéutico peruano en unidades

El mercado farmacéutico peruano en crecimiento en los últimos 15 años, principalmente por el crecimiento del consumo de instituciones públicas.



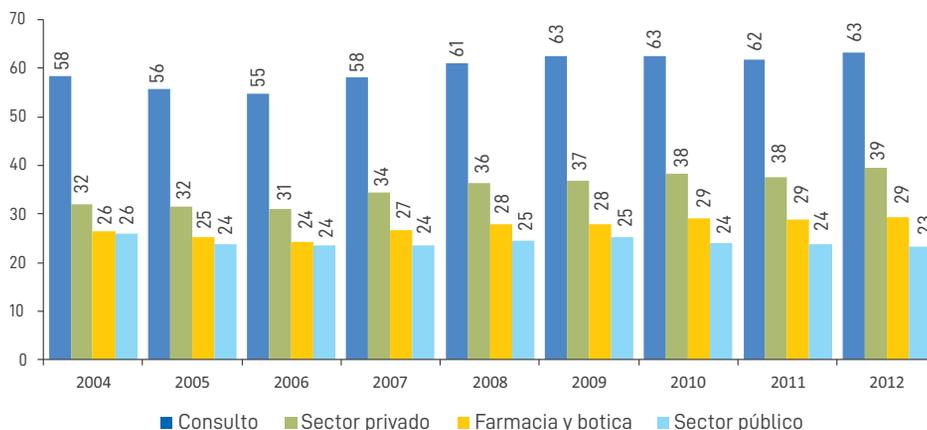
Fuente: IMS Health

alto costo en el sector público con los precios de referencia internacionales. De ellos, vemos que los medicamentos de alto costo han representado el mayor gasto para el sistema sanitario público peruano durante este periodo determinado (2014). Estos medicamentos de alto costo cuentan con un solo ofertante en el mercado y, por ende, tienen el monopolio. Tienen precios inelásticos y tienen muy baja sustitución. Además, no varían proporcionalmente a la demanda porque muchas veces están protegidos por derechos de propiedad intelectual, lo que hace que sean excluidos temporalmente. Por ejemplo, de los 20 medicamentos de alto costo evaluados, 17 de ellos tienen los precios de venta más altos en Perú. Brasil, Colombia y Costa Rica tienen los precios más altos de un producto, mientras que en Colombia, 10. Los 6 con menor precio se ofertan en Brasil.

Por otra parte, se ha hecho un trabajo a través de Meta Perú sobre los días de trabajo para adquirir una unidad de medicamento en función al salario mínimo. En nuestro caso, tenemos productos de alto costo como el Trastuzumab y Atazanavir. En el caso de Trastuzumab, para que un paciente pueda adquirir una ampolla, va a tener que trabajar 225 días bajo salario mínimo. En Colombia, equivale a 172 días; en Costa Rica, 98; en Uruguay, 119 días.

En el caso del Ranibizumab, su costo equivale a 104.20 días de trabajo bajo salario mínimo en el caso de Perú; mientras que en Brasil, 154.98 días. Así, vemos que en promedio nosotros afrontamos medicamentos de muy alto costo que va a demandar bastante gasto de bolsillo al paciente y no va a poder hacerlo. Entonces, este costo está asumiéndolo el Estado.

Utilización de los servicios de salud. Perú, 2004-2012



Fuente: Cuentas nacionales en salud, Perú 2005-2012
Del total de la población que autorreportó enfermedad o malestar en las últimas 4 semanas

Situación del acceso a medicamentos en el Perú

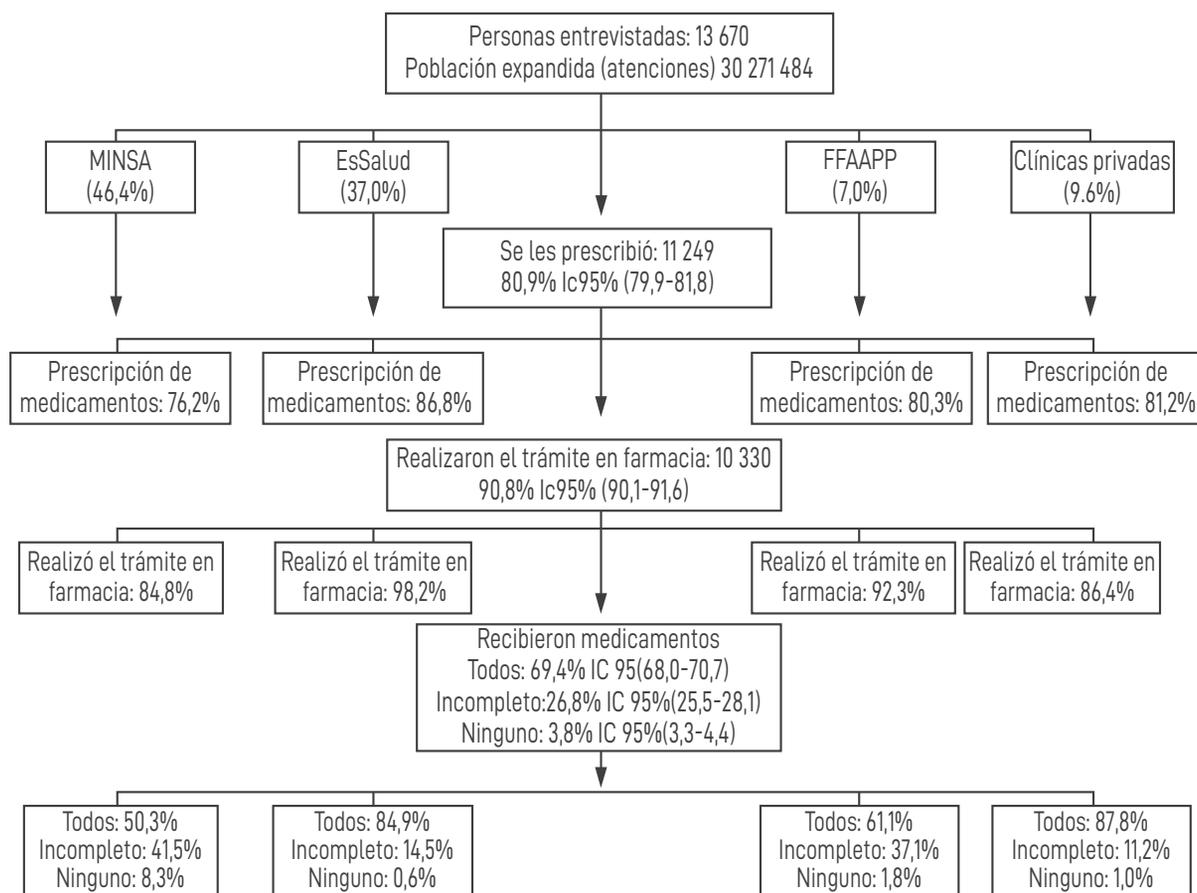


Figura 1. Flujo general de la selección de participantes incluidos en el análisis (ENSUSALUD 2014).

• Desafíos

Dentro de los desafíos que tenemos se encuentra:

1. El fortalecimiento de los aspectos regulatorios del sector farmacéutico.
2. Promover la competencia en el mercado farmacéutico nacional.
3. Desarrollar una política de medicamentos genéricos.
4. Incrementar la cobertura de aseguramiento en salud.
5. Diseñar estrategias para mejorar la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos esenciales en el sector privado.
6. Mejorar la gestión pública de medicamentos que garantice su disponibilidad en las poblaciones de los quintiles pobres, alejados, rurales y excluidas.
7. Fortalecer el proceso de selección de medicamentos e implementación del Petitorio Nacional Único de Medicamentos.
8. Optimizar los mecanismos de adquisición de medicamentos (política de gestión de compras públicas de medicamentos).
9. Fortalecer la transparencia del mercado farmacéutico (Observatorio de precios de medicamentos, disponibilidad y calidad)

Contamos con observatorio de precios de medicamentos, de disponibilidad y calidad. Lo tenemos en nuestra página web, pero necesitamos que gane mayor difusión a nivel nacional.



8. CONCLUSIONES

1. En el VII Foro Andino de Salud y Economía realizado en Lima (Perú) en marzo de 2017, se abordaron los temas: La eficiencia del gasto en salud y el análisis sobre aspectos de efectividad del acceso y gasto en medicamentos. La Comisión Andina de Salud y Economía (CASE) y la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos del ORAS - CONHU, que habitualmente organizan foros de análisis de manera individual, realizaron conjuntamente el análisis integral para identificar agendas de trabajo futuro mancomunado. Participaron, los delegados de las Comisiones de los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. También asistieron funcionarios de otros sectores, especialistas en los temas de economía de la salud y medicamentos, estudiantes y docentes universitarios, representantes de organizaciones internacionales y público en general.

2. El evento inició con el acto inaugural (Ministerio de Salud del Perú, Organismo Andino de Salud, OPS/OMS). La primera sesión denominada Hacia la eficiencia del gasto en salud: elementos de discusión para los países de la región, contó con la conferencia Financiamiento de los sistemas de salud y eficiencia para la salud universal en la región a cargo del Dr. Camilo Cid, Consultor en Salud y Economía OPS/OMS. Posteriormente, se realizó el panel con presentaciones de delegados de los seis países andinos. En la segunda sesión sobre Análisis y evidencia sobre aspectos de efectividad del gasto en salud, se desarrollaron dos conferencias: Impacto del gasto de medicamentos en el gasto en salud, a cargo del Dr. Antonio Sarría Santamera y Acceso a medicamentos y propiedad intelectual, a cargo del Dr. Germán Velásquez. Los delegados de la Comisión de Medicamentos realizaron sus respectivas presentaciones sobre el impacto del gasto de medicamentos

3. En la presentación inaugural del evento, en las palabras de la Dra. Nila Heredia, Secretaría

Ejecutiva del ORAS - CONHU se hizo hincapié en el problema del financiamiento en salud, así como la preocupación por lograr que la salud sea un derecho ejercido por toda la población, ya que este derecho tiene varios elementos que se contraponen, y uno de ellos es el financiamiento. Por tanto, afirmó que el tema del financiamiento no es nuevo, no es casual, es un tema que ha movido a todos los Ministerios. Así mismo, enfatizó en la eficiencia del gasto y la importancia de una adecuada gestión. Igualmente, aclaró que la preocupación central de los Estados está en disminuir los costos y racionalizar el uso de medicamentos y equipos mediante acuerdos conjuntos.

4. En su intervención, el Dr. Rubén Mayorga Sagastume, Coordinador Subregional del Programa para América del Sur OPS/OMS, destacó que en el año 2014, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una Resolución que definía la estrategia para el acceso y cobertura universal de la salud, identificando cuatro líneas estratégicas: ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales de calidad y centrados en las personas y las comunidades; fortalecer la rectoría y la gobernanza; aumentar el financiamiento con equidad y eficiencia y reduciendo el gasto de bolsillo, y fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes de la salud. Consideró, que la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud es sin duda un punto central de trabajo para esta nueva estrategia.

5. De otra parte, en su intervención, la Dra. Mirtha Trujillo Almandoz, Directora de la Dirección General de Salud Ambiental de Inocuidad Alimentaria (DIGESA), del Ministerio de Salud del Perú, manifestó que el Foro es el espacio propicio para analizar el avance de los sistemas de salud, en cuanto al financiamiento y las estrategias que se vienen desarrollando en la región andina para lograr la eficiencia del gasto en salud en el marco de la

cobertura universal. Así mismo, expresó que se puede decir que, desde el punto de vista del financiamiento y el gasto, se busca mejorar la asignación y el uso eficiente de los recursos a través de políticas que orienten acciones sectoriales en salud. La gestión eficiente del sistema de salud, centrada en la garantía del derecho a la salud de las personas, el acceso universal del ciudadano a los servicios de salud de calidad, la revalorización del personal de salud y la mejora de la infraestructura y equipamiento moderno que interconecte los diferentes servicios de salud. De otro lado, reiteró que se debe buscar la integración del sector salud para hacer efectivas las intervenciones con mayor impacto en el resultado del sector salud, destacando que en el Perú mejorar el acceso a los medicamentos esenciales es quizá uno de los retos más complejos que le corresponde a la gestión. Otro aspecto central de su intervención fue el llamado a garantizar el derecho a la salud que conlleva a mejoras en las coberturas de la atención de salud y en la calidad de vida de la población, así como el acceso equitativo a los servicios y a medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad; prevaleciendo los intereses de la salud pública sobre el interés económico.

6. Respecto a la primera conferencia "Hacia la eficiencia del gasto en salud", el Dr. Camilo Cid, Consultor en Salud y Economía de la OPS/OMS, inicia comentando que la región andina, a pesar del crecimiento económico de varias décadas presenta serias deficiencias, por ejemplo, muchos países no han logrado las metas de disminución de la mortalidad materno-infantil y además, se siguen encontrando importantes inequidades en salud, fruto de problemas de los sistemas de salud, como la segmentación y la fragmentación que provocan distintos tipos de acceso y distintos tipos de resultado. Frente a estos problemas la OPS y la OMS proponen la "Estrategia Regional de Salud Universal" que plantea cuatro lineamientos estratégicos: 1) Ampliar el acceso equitativo a los servicios de salud, integrados en Redes Integrales de Salud, de calidad,

centrados en las personas y las comunidades en el primer nivel de atención. 2) Fortalecer la rectoría y la gobernanza: se asume como una estrategia de cambio, ya que el rol de la rectoría y la gobernanza no es simplemente una estructura de gobierno, sino el liderazgo de un proceso necesario de cambio de los sistemas, hacia el de la salud universal. 3) Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, que son muy importantes para la solución de los problemas estructurales en salud. 4) Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se vuelve una barrera en el acceso. El Dr. Cid, se concentra en explicar el cuarto lineamiento estratégico y sus implicaciones: a) Aumentar y optimizar el financiamiento público, teniendo como referencia el 6% del PIB. b) Espacio fiscal para la salud; c) Aumentar la protección financiera; d) Eficiencia del gasto público como condición necesaria para reducir desigualdades; e) Equidad en el primer nivel de atención y f) Avanzar en la eliminación del pago directo.

Apelando a la estrategia regional de Salud Universal, resaltó que el aumento del gasto público no se produce espontáneamente, y se debe reflexionar de dónde se van a obtener los recursos y de cuál de las diversas fuentes; y finalmente, sugiere que es inaplazable aumentar la protección financiera y eliminar el gasto directo, en un horizonte de tiempo razonable. En general, sobre el financiamiento en salud, mostró que en la región el gasto per cápita en salud crece menos que en América Latina y el Caribe, aunque el gasto total como porcentaje del PIB haya alcanzado el promedio de la región para que el financiamiento resulte sostenible, la eficiencia se convierte en un requisito central. En ello, destaca que en 2010, la OMS colocó la eficiencia como estrategia fundamental en el camino hacia la salud universal.

El mejoramiento de la eficiencia implica intervenciones de carácter sistémico e intersectoriales. En el mismo sentido, recordó que la OPS en 2014, estimó que la fragmentación y segmentación constituyen otra causa importante de ineficiencia. Para ello, su aclaración de los tipos de eficiencia en salud, técnica, económica, asignativa, distributiva y dinámica resulta clave. Así mismo, recordó ocho principios básicos para ganar eficiencia en salud como la evaluación de la tecnología, la reducción de la variación de la práctica médica, intervención y desarrollo de los recursos humanos para que sean adecuados a los sistemas de salud que se quieren implementar, la compra centralizada de medicamentos, el tema del mecanismo de pago y sistema de pago a proveedores, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, la generación amplia de recursos y su mancomunación para superar la segmentación, los temas de desarrollo de sistemas de información, y la transparencia.

7. En la presentación que hicieron los delegados de los países andinos sobre la financiación de la salud, el Lic. Oscar José Roberto Ávila Cárcamo, manifestó que en Bolivia prácticamente se tienen tres sistemas sanitarios y cinco fuentes de financiamiento: los fondos financieros del Tesoro General de la Nación, los recursos de la coparticipación tributaria municipal en tendencia creciente, el impuesto directo a los hidrocarburos, que son recursos que van a gobernaciones y municipios, una cuarta fuente de financiamiento que es el gasto de bolsillo, y la quinta fuente de financiamiento que se refiere al aporte que dan las empresas públicas y privadas al Seguro Social de Corto Plazo, la cual cubre el 10% del total de la población asalariada.

La delegada de Chile, Dra. Andrea Jimena Arenas Gómez, afirmó que se tienen básicamente tres sistemas: el sistema público que se llama FONASA, el sistema privado que son las ISAPRE y el sistema de las

Fuerzas Armadas. Por otro lado, un fuerte sistema privado que son las ISAPRE, que tienen una administración privada con fines de lucro, se financia con el aporte de la cotización obligatoria de los individuos y además algunos individuos tienen aportes adicionales al 7%, en promedio está en un 10% de aportes; los prestadores son privados. Respecto a las fuentes de financiamiento la delegada de Chile, explicó que FONASA, es decir el sector público, se financia principalmente de aporte fiscal en un 57%. Por otro lado, las ISAPRE, que son el sistema privado, se financian casi en un 100% por las cotizaciones de los afiliados y los copagos.

El delegado de Colombia, Dr. Gilberto Barón Leguizamón, manifestó que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), denominado actualmente Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) es el mecanismo más importante de gestión de los recursos de financiación y realiza operaciones de compensación, redistribución y solidaridad entre los grupos de población. El sistema de seguridad social es básicamente público, aunque participan entidades privadas como lo contempla la Ley 100 de 1993. La fuente de financiamiento para los dos sectores es la siguiente: El sistema del régimen subsidiado está cubierto por dos fuentes importantes: 1) Fuente de solidaridad del régimen contributivo al subsidiado, quienes cotizan en el contributivo pagan 12.5% y un punto de lo que pagan se transfiere al régimen subsidiado; 2) Recursos de origen fiscal, también hay en menor medida recursos pequeños de tipo parafiscal. En este momento, la composición del financiamiento es más en términos de impuestos generales que en términos de contribuciones obligatorias. En relación a las fuentes de financiamiento, el delegado de Colombia enfatizó que el fuerte son los recursos de origen nacional. Luego está el esquema de pagos voluntarios, los esquemas

de pagos directos (gasto de bolsillo) y al final, los esquemas de financiamiento externo. Hay transferencias desde el gobierno nacional a los fondos departamentales, distritales y municipales de salud, a las Empresas Promotoras de Salud (ellas hacen los contratos con los fondos departamentales y municipales) y a otras unidades de gobierno que también movilizan recursos.

A su vez, la delegada de Ecuador, Dra. Ana Cristina Mena Ureta, destaca que, en la red pública integral, el Ministerio de Salud está financiado básicamente por recursos fiscales, es decir, las asignaciones provienen del presupuesto general del Estado. Mientras que los demás prestadores, al ser regímenes de seguridad social, están básicamente financiados por contribuciones personales y patronales, con características específicas para cada uno de ellos. Pero adicionalmente, el Régimen de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, cuentan con recursos fiscales que financian la provisión de servicios. En cuanto a las fuentes de financiamiento, la población puede recibir atención en cualquiera de los establecimientos de salud de estos actores, pero el reconocimiento económico se realiza por parte del financiador de esa prestación. Las fuentes de financiamiento de la red privada complementaria, están dadas por el gasto de bolsillo.

El delegado del Perú, Dr. Arturo Arévalo Luna, afirmó que se tiene un gasto del gobierno en salud (32,8%), cuyo comportamiento en los últimos años muestra un incremento importante; el gasto de los hogares o gasto de bolsillo (28,5%); y el gasto de los diferentes empleadores (30,0%) que participan directamente en este proceso. En cuanto al financiamiento público en salud a nivel nacional, el Ministerio de Salud, como parte del Gobierno Nacional, así como los Gobiernos Regionales y los Gobiernos Locales, desempeñan funciones relacionadas al sector salud, dispuestas a través de las leyes que regulan la distribución de

competencias territoriales.

Respecto a la presentación de Venezuela, Dra. Ángela Gómez, se expresó que el financiamiento es del Estado. La inversión social alcanza el 60% (salud, educación, vivienda, justicia). El 24% de la inversión social está destinado a salud, lo cual representa el 5.4% del PIB.

Tras mostrar los logros en cobertura y aumento del gasto público en salud, los delegados mencionados destacan algunas problemáticas comunes como la fragmentación y segmentación del sistema de salud, y otras problemáticas específicas por país. Los delegados resaltaron algunos problemas, en el caso de Bolivia, la problemática aludida reside en la persistencia de la inequidad sanitaria, que puede evidenciarse a través de dos indicadores: la tasa de densidad de recursos humanos y la disponibilidad de establecimientos de salud. En el caso de Chile, la delegada alude a la transición demográfica de la población, y que a través del tiempo han ocurridos cambios significativos en la composición de la morbimortalidad. Por otra parte, los expositores de Colombia y Ecuador se refieren a los problemas de sostenibilidad del sistema de salud. En el caso del expositor de Perú, se indica que existe todavía una serie de deficiencias que obstaculizan el logro de un sistema más integral y universal. Por su parte, en la presentación de Venezuela se hace referencia a la guerra económica.

Posteriormente, presentaron varias perspectivas de cada país. En el caso de Bolivia, se tiene como perspectiva el fortalecimiento de la red servicios, la actualización de las normas nacionales de salud clínica, la implementación del Sistema Único de Salud, y la elaboración de la Ley General de Salud. En el caso de Chile, la financiación de la cobertura sanitaria universal, incrementar los niveles de gasto público, avanzar hacia la eliminación del pago directo, y retomar la reforma del sistema privado de salud para

mejorar la capacidad redistributiva del sistema, entre otras. En el caso de Colombia, avanzar en el nuevo modelo denominado Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que busca poner más el foco sobre los usuarios de los servicios y menos en las instituciones, fortalecer la salud pública y dar respuesta a los retos que impone la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015 en donde la salud es un derecho fundamental. En el caso de Ecuador, se explica la necesidad de una reforma en el financiamiento para superar la segmentación, aumentar el espacio fiscal, y mejorar la eficiencia implementando medidas que ayuden a optimizar los recursos. En el caso de Perú, desarrollar las estrategias pertinentes para fortalecer y lograr las metas, referente a los pilares de gestión eficiente, cobertura y calidad, y revalorización del personal de salud. Y en el caso de Venezuela, fortalecer el Sistema Público de Salud a fin de garantizar la atención a la población de manera oportuna y eficiente, resolver definitivamente el problema del desabastecimiento y la reventa de productos regulados, y fortalecer el sistema de distribución y dispensación de medicamentos con la implementación de la unidosis.

8. En la sesión II "Análisis y evidencia sobre aspectos de efectividad del gasto en salud" en la cual se dio la conferencia Impacto del gasto de medicamentos en el gasto de salud, el Dr. Antonio Sarría Santamera. Director del Departamento de Gestión de Servicios Sanitarios (España) se refirió al gasto farmacéutico: análisis de sus componentes y evolución en caso de España. El conferencista mencionado comenta que, para entender la prescripción, debe tenerse en cuenta las características y estructura de los sistemas sanitarios (financiación, regulación, organización, pago) y toda la complejidad de los propios sistemas, que tiene que ver con elementos de las políticas, las particularidades de la población, las singularidades del entorno donde se produce, el entorno social, económico, cultural, histórico, físico; la estructura de los resultados intermedios, que vienen determinados

por el triángulo: efectividad (calidad), eficiencia (costos) y equidad (acceso). Al final, los modelos de prescripción son una parte (enorme) de los resultados finales en la salud de la población, que tienen que ver con los determinantes sociales de la salud. En cuanto al gasto en salud, considera que hay un gasto sanitario mínimo necesario para alcanzar un nivel de salud aceptable, pero también si se excede el gasto se presentan ineficiencias y no se contribuye a producir mejoras en el nivel de salud con lo que se gasta. Entonces, habla de costo-oportunidad, es decir, si se gasta dinero en algo que no funciona, se deja de gastar en aspectos que pueden funcionar. Al presentar las conclusiones, subraya que España tenía precios de medicamentos muy bajos, pero una elevada prescripción que hacía que el gasto farmacéutico fuera tan alto como en Estados Unidos, presentaba un incremento muy importante en el crecimiento del gasto sanitario. En los últimos años se ha observado una contracción notable del gasto sanitario. Esta reducción se observa no sólo en términos del gasto per cápita, sino también del % del PIB, porque ha habido una contracción notable en el gasto público. Las últimas medidas en política farmacéutica (copagos y reducción de precios) han producido un descenso del gasto sanitario, especialmente en el gasto farmacéutico público. En este sentido, reitera, que cuando se desarrollan políticas, hay que tener muy claro que la orientación tiene que ser hacia los resultados y es esencial invertir recursos para enfrentar los problemas estructurales que causan la enfermedad.

9. En la conferencia: "Acceso a medicamentos y propiedad intelectual", el Dr. Germán Velásquez. Consejero Especial para la Salud y Desarrollo. Centro Sur, empezó mostrando los tres indicadores de las fallas del actual modelo de Investigación y Desarrollo (I+D) para medicamentos: la falta de transparencia en los costos (I+D), innovación farmacéutica que ha disminuido significativamente en

los últimos años, y los precios altos que impiden el acceso. Así mismo, presentó el informe Promover la innovación y el acceso a las tecnologías de la salud (2016) elaborado por el Grupo de Alto Nivel del Secretario General de las Naciones Unidas. Preciso que, dentro de las recomendaciones de dicho informe, sobresalen las leyes de propiedad intelectual y acceso a las tecnologías sanitarias, las flexibilidades de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) y disposiciones ADPIC-plus, y la investigación financiada con fondos públicos. Tras ello, estimó que existe un cambio de paradigma en el debate del acceso a medicamentos. Sobre ello concluye que la eliminación de la enfermedad solo es posible si los medicamentos pueden ser adquiridos a precios bajos dentro de los presupuestos de salud, la mayoría de los medicamentos tienen costos de producción bajos, las compañías farmacéuticas podrían generar altos beneficios si se decidieran a vender grandes cantidades a bajo precio, y si las compañías farmacéuticas rechazan bajar los precios habría que pensar seriamente en licencias obligatorias, es un derecho de los países; atacarlos en justicia como una violación de derechos humanos, utilizar los dineros que están evadiendo en impuestos para pagar tratamientos, promover la fabricación de genéricos.

10. Los delegados de la Comisión Técnica Subregional para la Política de Acceso a Medicamentos, hicieron sus respectivas presentaciones referentes al acceso e impacto en el gasto de medicamentos. La Dra. Patricia Tamez Parra, respecto a Bolivia expone que se ha presentado aumento en el gasto en medicamentos respecto al gasto total en salud; el incremento en el gasto en medicamentos se da en los tres sectores: privado, seguridad social y en el sector público de salud. Se ha dado un incremento del gasto en el sector público de salud, con énfasis en la seguridad social. El gasto en medicamentos como porcentaje del PIB también ha tenido un aumento

paulatino.

El Dr. Jorge Cárdenas Rojas, explica que, en Chile, el gasto de bolsillo en salud ha tenido una baja sostenida desde el año 2005, esto obedece a políticas que se han implementado para mejorar el acceso a medicamentos dentro de las cuales se destaca: la Garantía Explícita en Salud (GES), la Ley de Urgencias, la Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas, el Fondo de Farmacia, la Ley 20.850 (Ricarte Soto), las Farmacias Populares. Se han planteado varios desafíos: el fortalecimiento de CENABAST, la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI), el Observatorio de Medicamentos, la Reformulación de la Normativa de Equivalencia Terapéutica y avanzar en diferentes Proyectos de Acuerdo.

La Dra. María Cristina Baracaldo, resalta que Colombia cuenta con el gasto de bolsillo más bajo de la región. Actualmente el sector público financia el 75,2%, mientras que los hogares, a través de pagos directos, el 15,9% del gasto total en salud del país, ubicándolo como uno de los países que cumple con el promedio establecido por la OMS en el que el gasto de bolsillo no debe ser superior al 20%. En Colombia en el 2012, se aprobó la Política Farmacéutica Nacional. En el diagnóstico de dicha política se identificaron como principales problemas: 1) Uso inadecuado e irracional de los medicamentos y deficiente calidad de la atención continuada dirigidas al personal de salud y a la población. 2) Uso ineficiente de los recursos financieros de la salud e inequidades en el acceso a medicamentos. 3) Oferta, suministro y disponibilidad insuficiente de medicamentos esenciales. 4. Ausencia de transparencia, baja calidad de la información y escaso monitoreo del mercado farmacéutico. 5) Debilidades en la rectoría y en la vigilancia. En consecuencia, superar dichas barreras y lograr los objetivos propuestos en la política son los principales

desafíos que se tienen en este país.

La Dra. Silvia Álvarez Freire, refiere que en el Ecuador teniendo en cuenta los postulados de la Constitución: brindar garantía universal al acceso a medicamentos y que sean gratuitos, por lo cual se han generado diversos mecanismos para optimizar los recursos. Se ha presentado un aumento del gasto en salud y obviamente éste va en relación con la participación de gasto en medicamentos. El presupuesto asignado para medicamentos y dispositivos médicos del MSP se ha incrementado desde el 2008. Sin embargo, se presenta una inconsistencia ya que el gasto de medicamentos como porcentaje del gasto de bolsillo en salud sigue siendo alto.

La Dra. Vicky Roxana Flores Valenzuela, expone que en Perú se tiene que: 1) El gasto nacional en salud creció. Sin embargo, se encuentra por debajo del promedio latinoamericano. 2) El gasto de los hogares es el principal agente de financiamiento de la salud. 3) El porcentaje de la población asegurada subió principalmente por el crecimiento en la afiliación al SIS, destinado mayormente a la población en condición de pobreza. 4) Se ha incrementado el consumo de medicamentos, principalmente debido a su crecimiento en el sector público. 5) Durante el periodo del 2004 al 2012 el principal tipo de gasto en salud de los hogares fueron los medicamentos, que absorbieron entre el 43% y el 47%.

En conclusión, el foro dio cabida a debates fuertes sobre la financiación de la salud, la influencia de la escena internacional en el caso de los medicamentos, y los desempeños de los países del área andina respecto a las categorías claves e indicadores de salud y desarrollo humano, y la importancia de un consenso entre estos países no sólo para sacar adelante las perspectivas que tienen para superar sus problemáticas específicas, sino las oportunidades de trabajar en grupo para relevar el rol del medicamento como bien esencial, promoviendo regulaciones, políticas, estrategias y acciones que mejoren el acceso y calidad de estos, así como la disminución de las barreras, las inequidades y las asimetrías que distorsionan su accesibilidad. Es apremiante continuar articulando iniciativas en el objetivo de lograr mejores resultados en salud de la población a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos, la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los diferentes sectores y agentes que inciden en su cumplimiento, así como mejorar la sostenibilidad de los sistemas de salud, y la esperada articulación entre eficiencia económica y garantía del derecho a la salud en un horizonte temporal cercano.

Anexos

Anexo 1.

- Agenda VII Foro Sudamericano de Salud y Economía

Anexo 2.

- Lista de participantes





ORGANISMO ANDINO DE SALUD - CONVENIO HIPÓLITO UNANUE

Av. Paseo de la República N°3832, Of. 301, San Isidro - Lima, Perú

Teléfonos: (51-1) 611 3700; 221 0074; 422 6862

Telefax: (51-1) 222 2663

contacto@conhu.org.pe

www.orasconhu.org

 Organismo Andino de Salud
 @orasconhu