



Tercer Taller de la Comisión Andina de Salud y Economía

Organiza

Comisión Andina de Salud y Economía (CASE)
Ministerio de Salud Pública de Ecuador

Colaboran

Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)
Organización Panamericana de Salud (OPS/OMS)
Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

*Mayo, 30 y 31, y Junio 1, 2012
Quito, Ecuador*

Lugar: Hotel Plaza, Shyris y NNUU

Memorias del Taller Día 1

III REUNIÓN DE LA COMISIÓN ANDINA DE SALUD Y ECONOMÍA

Lugar: Best Western Casino Plaza, Quito – Ecuador.

Fecha: 30 de Mayo al 01 de Junio del 2012.

Día 1: 30 de Mayo del 2012.

1. Antecedentes

2. Bienvenida e Inauguración

“La CASE esta conformada por los diferentes Ministerios de Salud de los países miembros, se fortalece con la elaboración de talleres que se realizan en distintos momentos”.

El acto de inauguración de la III Reunión de la Comisión Andina de Salud y Economía estuvo a cargo de por los diferentes Representantes y Autoridades de la Comisión Andina de Salud y Economía CASE, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Esta tercera reunión busca identificar los avances que se han dado en la región en el fortalecimiento de los sistemas de salud, y fomentar estos servicios mediante la sostenibilidad financiera de los servicios de salud. En conjunto, se pretende enriquecer las experiencias de los diferentes países con los avances de cada uno, que definirán las líneas de trabajo de la CASE en el futuro. En líneas generales, se tiene una gran expectativa que direcciona a nuevos planteamientos y objetivos que los países tienen que buscar a fin de lograr sus objetivos planteados en materia de salud. **Presidente de la CASE**

La agenda que se tiene para esta III reunión es un agenda compleja, en donde se identificaron tres momentos. El primer momento donde se visualizaran los sistemas universales de salud. Como segundo momento, dentro de esta convocatoria se tiene el Taller donde se visualizaran los avances de la elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud, que nos permitirán la comparación entre países, como una herramienta de toma de decisiones. El tercer momento nos permitirá medir los avances de los 3 años que tiene la CASE, para poder incluir las nuevas propuestas y lineamientos que se recojan de este. Además, se debe precisar la importancia de la inversión en salud, y como lograr la sostenibilidad financiera. Este tipo de encuentros motiva y compromete, ha visualizar un futuro mediante propuestas en donde se vea reflejado lo económico y social. Los principales indicadores de salud en la región, aun nos muestran que hay muertes evitables entre niños y mujeres, pese a la riqueza de lo nuestros países de la región, aun hay muchas cosas que hacer por bienestar de la sociedad. Para la nueva agenda de salud, esta la búsqueda de la sostenibilidad financiera de los servicios de salud que los países han adaptado según diferentes metodologías en base a las necesidades de cada país. Una función de los sistemas de salud es contribuir a la reducción de la pobreza mediante la distribución equitativa de los ingresos del Estado; se dice que el gasto de bolsillo no debe superar el 20%, entonces, si se está proponiendo un sistema universal de salud se debe observar cómo organizar los servicios, como participa la sociedad, como realizar sistemas

centrados en el buen vivir y no solamente en el atención de las enfermedades. **Secretaria Ejecutiva ORA-CONHU.**

Como representante de la OPS/OMS en el Ecuador es de gran alegría participar en esta III Reunión de la Comisión Andina de Salud Economía. Los temas a tratar en este Taller son de suma importancia para el desarrollo de los sistemas y cobertura de los servicios de salud. El financiamiento sostenible es uno de los aspectos más importantes para avanzar en la universalidad de los servicios de salud. En la actualidad, millones de personas en el mundo son excluidas de los servicios de salud ya que no tienen como pagar dichos servicios, enmarcando la inequidad en el acceso de los servicios de salud, tanto en los países ricos y pobres, y además entre la población. Se estima que eliminar las diferencias en cobertura entre países ricos y pobres salvaría más de 700.0000 mujeres hasta el 2015. Se han identificado tres obstáculos cruciales para avanzar hacia la cobertura universalidad: Disponibilidad de recursos, Alto gasto de bolsillo, e Inequitativo usos de los recursos. Muchos países del mundo, y específicamente en Latinoamérica y en el Caribe, se han atrevido a introducir de algunos aspectos para disminuir la brecha de inequidades en salud, sin embargo, a pesar de los avances de la región, se tienen muchos elementos que deben ser abordados y que serán topados en este Taller. El Ecuador, ha tenido un avance importante con la Constitución del 2008 y en la elaboración del Plan Nacional del Buen Vivir, en donde se dan las herramientas tanto para el país con la disposición política, y para el acompañamiento a los demás países en el trayecto de la búsqueda de la universalidad de los servicios de salud. **Representante de la OPS/OMS.**

Los avances importantes en el país, es la creación de la Coordinación General de Desarrollo Estratégico en salud que tiene a su vez a la Dirección de Economía de la Salud y Dirección de Inteligencia de Salud, donde a partir de este momento se crea una ruptura en la gestión del MSP ya que ahora existe una instancia que se dedica a analizar la inversión en salud. El compartir con los hermanos países, nos da luces para saber cómo hemos avanzado como país, y también como se ha avanzado en la región. Es un trabajo importante que se ha realizado con la colaboración de la OPS y de la CASE, ubicando a América Latina en una región que trabaja de forma unificada. El Ecuador tiene una inversión muy grande en el sector de la salud, pero además se requiere la elaboración de políticas públicas de manera conjunta en las diferentes instancias del Gobierno. Se tiene que invertir en ofertas de salud, pero sin duda alguna la inversión en servicios básicos y sanitarios es también importante. La organización social es un elemento clave en una sociedad, ya que si no se tiene una organización social, la participación ciudadana también se dispersa, por lo que, la amplitud de este taller con el abordaje de temas sociales que deben ser topados por la Economía de la Salud, hasta donde llega la labor del MSP en temas sociales vinculados en salud, para establecer las estrategias de información, organización y otras, para pensar de forma inteligente en que se va invertir (no solamente en temas curativos). Solamente queda manifestar los agradecimientos a quienes organizaron el evento. **Ministra de Salud Pública del Ecuador.**

3. Presentaciones y Conferencias

3.1. Financiamiento de los Sistemas de Salud, Experiencias Internacionales

Econ. Rubén Suárez, Servicios de Sistemas de Salud – OPS WDC

En las sesiones introductorias se manifestaron los problemas y como cada uno de los países están manejando el financiamiento de los sistemas de salud. Cuando hablamos de financiamiento en salud, tiene que ver con como financiamos los sistemas de salud como capital humano, y esa es una de las preocupaciones de la CASE, de cómo se invierte en los sistemas de salud para desarrollar a los sistemas de salud como capital humano. Realmente el tema de financiamiento requiere diferentes marcos analíticos.

Una de las publicaciones más importantes que se ha realizado es el Informe de Financiamiento de los Sistemas de Salud, en donde nos dice que existen tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal. Si se requiere mover a la cobertura universal, requiere hacer que los servicios de salud que se tienen en cada uno de los países abarque a toda la población. Además, este informe nos dice que no toda la población no está cubierta, y que además existe una insuficiencia de gasto en los fondos mancomunados, con altos gastos desde las familias (gasto de bolsillo).

Básicamente los países que tienen un sistema de salud con cobertura de salud, son países de Europa y además la ley de cobertura universal de los Estados Unidos, lo que se quiere garantizar es el acceso universal a los servicios de salud. Se conoce que solamente existen dos grandes formas de financiar los sistemas de salud. Independientemente de la visión que se tenga para llegar a la cobertura universal de los servicios de salud existen únicamente dos formas de financiar a los servicios de salud. Algunos se financian con la combinación de impuestos y de contribuciones o únicamente la elección de uno de los dos (impuestos o contribuciones). Los sistemas de salud de cobertura universal tienen estas características.

Sistema de Salud: Un sistema de salud engloba todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud. La mayoría de los sistemas de salud nacional comprenden el sector público, privado, tradicional e informal.

Un sistema está conformado por el conjunto de **unidades institucionales** cuya función o actividad principal es la presentación de bienes y servicios de salud, mas los **establecimientos** de salud y/o programas de salud que pertenecen a unidades institucionales cuya función o actividad principal no es la prestación de servicios de salud.

No existe ningún país, que haya resuelto el problema de cobertura universal de los servicios de salud con un sistema privado, siempre se lo ha identificado como un sistema público.

A nivel global, los sistemas de salud son sistemas públicos que se dividen en 10 funciones básicas, y una de ellas es la provisión de servicios de salud de carácter de consumo individual y de consumo colectivo. Existen otros determinantes sociales, sin embargo el tema central cuando se habla de sistemas de salud es de cómo mejorar la provisión de servicios de salud para llegar a la cobertura universal. Los países que tienen cobertura universal están gastando aproximadamente un 10% del gasto total/PIB. Ningún país ha logrado una cobertura universal

con un gasto del 6%/PIB. Solamente se puede financiar a los sistemas de salud para llegar a la cobertura universal con impuestos y contribuciones. El nivel de ingreso no determina si se tiene o no se tiene un sistema de cobertura universal de los servicios de salud.

La gran decisión que tienen los países de la región, es que se está en el medio pero en algún momento se debe tomar una decisión de tomar los impuestos o las contribuciones como mecanismo de financiamiento de los servicios de salud que van hacia la cobertura universal”.

3.2. Sistema de Salud del Ecuador, Reforma Estructural del Sector

Dra. Nilda Villacrés, Viceministra de atención Integral en Salud, MSP

Grandes desafíos en la segunda parte del trimestre se avizoran, ya que se tratara que tipo de metodología de financiamiento adoptara el Ecuador. El marco normativo del sector está conformado por la Constitución, objetivos de desarrollo del milenio y el Plan Nacional de buen vivir. Se ha venido articulando la Constitución con el Plan Nacional del buen vivir para dinamizar el sector salud.

El Sistema de salud actual se encuentra fragmentado y segmentado y con grandes brechas de cobertura, debido a que se ha venido trabajando en un enfoque curativo. Los determinantes no han sido incisivos para que contribuyan al acceso de los servicios de salud de la población. Nuevos retos esta teniendo el sistema de salud como cambios de perfil demográfico, transición, acumulación epidemiológica, determinantes de la salud y incremento de la esperanza de vida.

El MSP está realizando una inversión en el fortalecimiento de lo público y la articulación de sistema público de Salud. La inversión ha incrementado para dotar los servicios de salud del Ecuador, y de esta forma fortalecer a la comunidad y una red de salud. Básicamente la inversión fue en infraestructura, equipamiento, recursos humanos y en el modelo de atención.

Se ha redefinido el modelo de atención con un enfoque en atención primaria, la base del modelo es un apoyo intersectorial. Los principios van a hacia una universalidad progresiva, con una relación directa de las instituciones con la comunidad.

La reforma de salud que está planteando el MSP tiene como eje fundamental la construcción de la puerta de entrada del sistema de salud a través del primer nivel de salud, con la prevención, promoción y curación, de esta forma referenciar al segundo nivel y sucesivamente al tercer nivel. Se conoce que en esta puerta de entrada se resuelve el 20% de los problemas. Se ha considerado criterios de planificación territorial para el primer nivel de atención y criterios de organización.

Se ha definido cuatro componentes modelo de atención:

Provisión de servicios:

- Grupos de priorización

- Definir el conjunto de prestaciones por ciclo de vida.
- Escenarios de atención

Organización:

- Homologación tipología de unidades de salud.

Gestión:

- Gestión de talento humano
- Gestión de infraestructura.

Financiamiento:

- Planes estratégicos nacionales, zonales, distritales presupuestado y costeados.
- Conjunto de prestaciones.
- Equipamiento público.
- Plan nacional de inversión.

Se ha estado construyendo vínculos con la Red Pública Integral de Salud, al momento se ha firmado el convenio marco con todas las instituciones. Se encuentra definido ya la población y el territorio definido. Por otro lado, la organización e implementación del sistema de atención de emergencias. Actualmente se prevé un sistema de información integrado que vincule a los miembros de la red.

Desafíos:

- Iniciar la operación de RPIS.
- Acuerdos nacionales interinstitucionales por la calidad de atención.
- Evaluación sistemática de compromisos de gestión e indicadores definidos.
- Fortalecer la participación social por territorio.

3.3. Discusión

¿Al definir un sistema se utiliza la categorización de unidades institucionales, se ha pensado o se ha trabajado un poco más para aquellas unidades institucionales que no están bien definidas? ¿Existe una elaboración un poco más conceptual, ya que en nuestros países existe la salud no formal que está relacionada con temas interculturales, que se elaboro frente a eso ya que existe en el Ecuador un amplio aspecto de lo que se llama provisión de servicios de salud? ¿Las familias como proveedores, en el Ecuador existe la Constitución que en ningún lugar del mundo existe, sin embargo, las familias muchas veces hacen de provisión de cuidados por tanto se debe pensar en cómo adscribir a las familias a la cuantificación de este rubro?

El tema de unidades institucionales es un concepto operativo, pero esto no quiere decir que deba ser necesariamente una instancia legal, sin embargo, debe ser reconocida por la sociedad como una unidad operativa institucional. Además existen instituciones del país que están legamente constituidas, como por ejemplo la regulación de precios. Las sociedades más desiguales son las menos solidarias, y América Latina está caracterizada con menor solidaridad.

Entonces, se debe buscar dejando a un lado la operativización; se debe buscar que la sociedad acepte los criterios de universalidad y solidaridad; logrando así el mejoramiento de la distribución de los ingresos, que contribuirá a la universalización de la cobertura universal de los servicios de salud. En las Cuentas Satélite de Salud se puede incluir los hogares productores de servicios, si realmente es importante para la sociedad, la CSS son inclusivas.

Se tiene un documento que se llama Cuenta Satélite de los Hogares, en donde existe una parte importante que realizan los hogares, por lo que se está trabajando un instrumento para cuantificar los recursos del tiempo. En salud mientras peor sea tu sistema de salud, mayor costo se transfiere a los hogares, entonces se reproduce las inequidades de las mujeres.

¿Conceptualización del sector público, como enfrentar si los gastos son públicos o privados, ya que las contribuciones de las personas están administradas por la parte pública o privada, ya que se puede dar la confusión al cuantificar estos rubros?

Se está en un proceso de discusión, para el tratamiento de los fondos que son administrados desde la seguridad social, que no tienen una distribución, pero actualmente no se conoce como enfrentar este problema.

Financiamiento del Sector Salud en Ecuador

Econ. Mauricio León, Viceministro del Ministerio Coordinador de Política Económica

Hacia un Sistema de Monitoreo y Evaluación del Gasto y Financiamiento de la Salud

Objetivos

- Analizar los costos pasados, presentes y futuros de la salud identificar y evaluar los factores y parámetros que influyen los costos de la situación financiera de los distintos esquemas de provisión de los servicios de salud.
- Medir la suficiencia, eficiencia efectividad y equidad del gasto.
- Analizar el balance entre adecuación, cobertura y calidad y capacidad de financiarlos.

Tipo de Análisis de Gasto y Financiamiento

- Con restricción presupuestaria
- Sin Restricción presupuestaria

Con ambos ejercicio se trazaría una dinámica más eficiente de cómo llegar o cumplir los objetivos.

- Análisis de sostenibilidad financiera.
- Análisis de costos de salud.
- Análisis de costo eficiencia, costo efectividad, costo beneficio del gasto en salud.

- Análisis de la prioridad macroeconómica y fiscal del gasto en salud}análisis de la prociclicidad o no del gasto en salud.
- Análisis de equidad del gasto en salud.
- Análisis de la estructura del gasto.
- Análisis del gasto necesario para alcanzar metas de salud.

Indicadores Gasto y Financiamiento de la Salud

Se tiene un desafío importante al tener las Cuentas Satélite de Salud, ya que en el país no se ha visto un análisis a partir de las mismas. Sin embargo es importante precisar que ha existido un compromiso político para elevar la inversión en salud por parte del Gobierno actual. Además, el porcentaje del gasto social y el gasto en salud en relación al PIB muestra a su vez también un incremento importante en los últimos años.

El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social está realizando un esfuerzo importante para consolidar la información de gasto social de las diferentes instituciones sociales del país.

El sistema de salud en el caso ecuatoriano se financia por impuestos (Gobierno Central) y el IESS se financia de las contribuciones. Los ingresos petroleros no pueden financiar gastos corrientes del Estado. La estructura de financiamiento del sistema de salud y su sostenibilidad son claves.

Los ingresos del Estado tanto en la recolección de impuestos como en los ingresos petroleros, han tenido una evolución favorable en el país. Además, la contribución total al IESS también ha tenido un incremento en los últimos años.

El gasto que realizan los hogares en el Ecuador es importante cerca del 55% del gasto de los hogares va a lo referente a salud.

Incentivos y gasto tributario

Los instrumentos de política de financiamiento del sistema de salud son las contribuciones a la seguridad social, incentivos tributarios, la regulación de precios, además de subsidios a la oferta y la demanda para la provisión de servicios, y la provisión de servicios de salud que se financian a través de impuestos.

Como incentivo se puede decir que en el Ecuador, los medicamentos así como las atenciones en los servicios de salud no tienen impuestos grabados, para así incentivar y mejorar el acceso a los mismos, además tienen otras medidas como materias primas, alcoholes para producir medicamentos no tienen aranceles para favorecer la importación de los mismos.

El impuesto a la salud de divisas generado por la importación de medicamentos genera crédito tributario. Además el gasto tributario estimado por el SRI por exenciones a bienes relacionados con salud es de 0,5% del PIB.

Modelo Actuarial del Seguro de Salud y Necesidades de Financiamiento

Algunos expertos sugieren que la universalización de la salud demanda un gasto entre 6% y 7% del PIB. La prima que se debería cobrar si se quisiera emprender una universalización de los servicios de salud de 5.94% actualmente es de 3.72% lo que generaría una brecha importante de 2.1% del PIB.

Comentarios:

Considerando que los esfuerzos realizados entre el 2007 y 2011 para cerrar la brecha cuantitativa del gasto social puede concluir:

- Que el esfuerzo realizado no llega a compensar décadas de sub inversión en el sector.
- Que un nuevo impulso de obtención de recursos es imperativo pero espacio fiscal se ha reducido.
- Combinación de un gasto social requerido adicional importante y la dificultad de su financiamiento hacen el logro de la universalización una tarea difícil de cumplir.

Una estrategia que posibilita la universalización de la salud y otros servicios sociales requiere:

- Una combinación viable de endeudamiento.
- Un esfuerzo importante de reasignación de recursos.
- Mejora en el costo efectividad de los recursos e intervenciones en el sector.

Es importante definir una estrategia de financiamiento del gasto social que permita alcanzar las metas constitucionales en relación al PIB en el mayor tiempo posible.

Es necesario la elaboración y profundización de una agenda de eficiencia y efectividad del gasto social que contemple la trayectoria del gasto en remuneraciones.

Se requiere un cambio de la estructura del gesto desde los servicios hospitalarios hacia las atenciones ambulatorias.

Reducir la subutilización de equipos, ampliar el promedio de horas trabajadas por medico al día, mejorar el % de ocupación de camas hospitalarias, reducir el promedio de estancia hospitalaria entre otros.

La estrategia de financiamiento requiere que se defina que se universaliza y cuál es el alcance de la gratuidad. Además que se programa un horizonte temporal claramente especificado.

La Economía y la Reforma de los Sistemas Públicos de Servicios de Salud

Econ. Ruth Lucio, Coordinadora General de Desarrollo Estratégico en Salud

La tendencia creciente del PIB corriente es debido al incremento de los ingresos petroleros. Siendo actualmente el PIB per cápita de 4500 dólares.

La inversión de salud 2006-2012 creció en 240%; sin embargo esto ha tenido costos en el sector salud.

El gasto de salud como porcentaje de PIB es de 2.5% solo para el MSP y el gasto per cápita para el MSP es de \$123 USD demostrando un sostenido incremento.

Para la ejecución presupuestaria mensual el MSP salud ha incrementado el porcentaje de ejecución y se ve reflejado en la calidad del gasto.

Gasto público per cápita para el año 2011 fue de \$221 siendo este \$122 más que en el año 2008.

El gasto público del 61% cubre el MSP y seguridad social cubre el 39%. Se crea inequidad cuando no existe un sistema único.

La distribución de la oferta por niveles: en el primer nivel es el MSP quien tiene la mayor cantidad de dotación normal de camas, la dotación normal de camas es de 33% para las instituciones con fines de lucro es decir sector privado. La salud es un mercado imperfecto y podría ser altamente rentable si se lo deja sin regulación.

En el proceso de reforma se tiene tres dimensiones:

1. Generan plan estratégico
2. Estructura organizacional
3. Estructura operacional.

Hacia la cobertura universal a través de un sistema unificado con financiación fiscal. Mediante la integración del sistema, disminución de gasto de bolsillo, incremento de recursos fiscales y el aumento del financiamiento público. Las decisiones recaen sobre las contribuciones si las re direccionan o las quitan y sobre el incremento del financiamiento fiscal.

Fuentes de ingreso sector publico en la Reforma:

- Impuestos generales probablemente a través de un aumento de impuestos.
- Generación de impuestos específicos.
- Cotizaciones a los seguros públicos.
- Otros ingresos del gobierno.

Preguntas:

¿La voluntad política para aumentar el presupuesto para mejorar las condiciones, pero se está pensando en el mismo sentido para costear el ámbito regulatorio?

No se está costeando o cuantificando el tema regulatorio, sin embargo es una buena propuesta para realizarlo, como una investigación a proponerse.

¿Se comentaba puntualmente los derechos adquiridos y lo difícil que es luchar por eso, por tanto el concepto de derecho adquirido debe cambiarse en un sistema de solidaridad, en este sentido la seguridad social en el sentido tal vez ese concepto de derecho adquirido no solamente en lo que es salud, más bien este concepto debe intercambiarse por un concepto de solidaridad? ¿El Fondo es una alternativa interesante, la solución generalmente va a procrear una nueva estructura, sin embargo en institucionalidad de estado, lo antiguo debe hacer lo que lo nuevo (fondo) requiere que haga, hoy por hoy el escenario ha cambiado, sin embargo por principio técnico se debería utilizar las instancias ya creadas otorgándoles responsabilidades a los entes ya creados?

Cuando se habla de solidaridad entra completamente; cuando se habla de la seguridad social, sin embargo, a la solidaridad que se estaba haciendo referencia es a aquella que brinda el acceso a tema de salud y se sientan bien como sociedad atendidas y que no se direcciona el acceso a la salud si se tiene o no recursos financieros.

En el tema de especialidades, durante mucho tiempo se concebía la figura de especializar concretamente al IESS como una entidad administradora de un fondo, sin embargo, esta entidad se concebía a su vez como una entidad solo para los afiliados (quienes realizan contribuciones), pero actualmente existe un ruptura en el país que empezó con un proceso de refundación del Ministerio de Salud Pública, que ha recuperado las cosas buenas a través su trayectoria, sin embargo, actualmente se ha retomado el rol de Autoridad Sanitaria con una racionalidad técnica.

¿La solidaridad está ligada con la institución seguro, por obligación o por decisión, ya se está adquiriendo el término de la solidaridad; desde el enfoque técnico el derecho adquirido no se debe concebir de esa manera, ya que financieramente se habla de una asignación no por beneficio?

Implementación del Observatorio de Sistema de Salud, MERCOSUR

Sergio Madera, MERCOSUR – Uruguay

Se agradece la invitación a participar en esta tercera reunión. Antes que nada para ubicarse en el contexto de este proyecto y de lo que se está hablando. El observatorio conforma parte del MERCOSUR que se inicio en el año 1991, existe una estructura organizacional del Mercosur en donde existen 3 grandes áreas. El observatorio depende de las reuniones de los Ministros de salud, y además es importante mencionar que el grupo de trabajo para ver la normativa esta el subgrupo 11 el cual crea la normativa en MERCOSUR en lo relacionado a la salud. Mediante el artículo 1 del acuerdo N 18/08 de la RMS tiene como objetivo implementar el observatorio MERCOSUR de Sistemas de salud dependiente del Comité Coordinador de la RMS. Además de

generar y difundir conocimiento para la toma de decisiones políticas sanitarias en el ámbito de la MERCOSUR.

El comité gestor del observatorio MERCOSUR de sistemas de salud está estructurado por un representante titular y un suplente por cada Estado Parte. Además existe una red de investigación de instituciones académicas que se estructura con una institución académica de referencia por cada Estado Parte y otras invitadas. Existe también dos coordinadores contratados para el proyecto: Coordinador operativo y una Coordinadora.

Las principales actividades:

- Comienzo de actividades del Observatorio (2011).
- Taller de Iniciativas en Salud.
- Elaboración de Perfiles de Salud de los Cuatro Países.

Otra de las actividades que está enmarcado el Observatorio MERCOSUR es la elaboración de perfiles de salud de los cuatro países miembros. En una primera instancia se realizó una reunión virtual en febrero de este año e donde se acordó tener como base fuentes como la Template HIT del Observatorio europeo y la guía de ISAGS para análisis de los sistemas. Además, se acordó realizar un taller para trabajar en el modelo de perfil de la OMS. Se realizó en Montevideo en el mes de marzo con la presencia de los investigadores delegados por cada país, y se compararon los dos documentos base y se consensuó un modelo de perfil común de los cuatro países integrantes de MERCOSUR. Se establecieron plazos para realizar este trabajo que tendrá su informe final en octubre del 2012.

- Identificación de Prioridades en investigación

Para esto se ha estado trabajando en el desarrollo de la metodología y además apoyar a los países para aplicar y adoptar esta metodología. No todos los países establecen prioridades en investigación. Entre otros factores, se destaca la priorización en ambiente de recursos escasos o cuando el financiamiento público es la principal fuente de recursos. Las metodologías conocidas son: informes de consultores, consenso de expertos, estrategia de investigación nacional esencial en salud y la matriz de abordaje combinado.

La matriz de abordaje combinado es una estrategia de priorización de la investigación que toma elementos de metodologías preexistentes. Donde se le asigna mucho peso a la información existente previamente.

La elección de la metodología depende del objetivo que se busca. La forma de trabajo es una decisión política que va conjuntamente de la decisión técnica.

Se está trabajando en la elaboración de un sitio web que es lo que va hacer visible todo lo que se trabaja en el Observatorio como soporte, mientras que el contenido es todo lo mencionado anteriormente.

Unidades de Economía de la Salud y su Aporte en el Sistema del Financiamiento de la Salud

Tomás Pippo, Representante Ministerio de Salud de la Nación de Argentina.

En principio se va a mostrar que es lo que se hace en la Dirección de Economía de la Salud de Argentina. En Argentina la Dirección de Economía de la salud depende de una Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias. Las principales líneas de trabajo de la DES de Argentina son:

a. Precios de los Medicamentos

- Calculo y seguimiento de índice de precios de medicamentos
- Banco de Precios MERCOSUR (compras públicas)

b. Oferta de Medicamentos

- Estudio: la industria de Medicamentos de la Argentina
- Estudio diagnostico del Sistema de Laboratorios de Producción Pública de medicamentos.

c. Evaluaciones Económicas

- Estudio de Costos
 - o Evaluación de costos del sistema de abastecimiento y suministro del Programa Remediar.
 - o Análisis Económico de implantes cocleares y audífonos en población infantil en el sistema público de salud en Argentina.
- Evaluación Económica de Proyectos
 - o Estudio de pre factibilidad Nueva Planta de Producción Pública de Medicamentos para la Tuberculosis.
- Estudio de Costo Efectividad
 - o Vacuna antineumococcica conjugada
 - o Vacuna contra el rotavirus
 - o Vacuna contra el HPV

Un estudio de costo efectividad da una parte de la solución del problema pero no generaliza la solución completa del problema, por esto, debe estar en complemento de una estrategia de complementación entre las diferentes instancias de los actores que ayuden a sustentar y complementar el estudio de costo efectividad. Es estudio costo efectividad es una herramienta más para la toma de decisiones.

d. Propiedad Intelectual

- Representación del Ministerio de salud
- Investigación Estudio Institucional “Patentes, Suministro de Medicamentos y Protección de la salud Pública”.
- Perfeccionamiento: Taller Internacional de propiedad Intelectual y Salud Pública.

e. Otros

- Evaluación Impacto Socioeconómico Campaña Gripe AH1N1.
- Falsificación de Medicamentos OMS.

- Financiamiento y Coordinación de la I&D.

Para monitorear el tipo de compromisos de una Dirección de Economía de la Salud, es necesario tener herramientas como las Cuentas Satélite de los Servicios de Salud, que es una herramienta importante para evaluar el sector de la salud.

Además, la DES de Argentina tiene otras actividades de Financiamiento y Gasto en donde se encuentran estudios sobre el gasto en salud y sus fuentes de información, estudios de gasto público y estudios sobre el gasto privado. Se hace también monitoreo de los indicadores socio sanitarios.

Discusión:

¿Cuánto tiempo lleva trabajando la DES de Argentina y con qué recurso profesional cuenta esta Dirección?

La DES de Argentina empieza por la decisión de un Ministro que le interesa el pensamiento de un economista. El perfil de los profesionales que se tiene son economistas, sociólogos, abogados que complementan la visión con el economista.

¿Es recomendable utilizar las metodologías de la UNESCO? ¿En la experiencia Argentina hubo más actores a los que llegaron para discutir las investigaciones en salud?

Ese tema no se lo está trabajando de una manera profunda, realmente solo se coordina como se va a trabajar pero la persona delegada del Observatorio de MERCOSUR es quien conoce más del tema.

¿En qué momento, las DES se estarían integrando en los foros de MERCOSUR y como puede expandirse al resto de la región?

Existen dos espacios: uno es el Foro de la CASE en donde aunque es Andino siempre se está presente la invitación de los demás actores, y otro es la que dirige Rubén Suarez desde la Organización Panamericana de la Salud. Por tanto se deben fortalecer estos espacios.

Evaluación Económica en Salud: Caso Chile

Mónica Aravena, Ministerio de Salud de Chile

La presentación empieza con unos breves antecedentes del país, donde se manifiestan datos como:

- Población: 17 millones de personas aproximadamente
- Esperanza de Vida: 74,95 (H) y 80,66 (M)
- Tasa de Fecundidad: 1,89
- Atención Profesional del Parto 99,80
- Entre otros.

El sistema de salud de Chile es un sistema mixto con la cobertura pública FONASA del 76% y la cobertura privada ISAPRE el 16%, el resto se distribuye en diferentes actos.

La reforma de salud de Chile fue en el año 2005 en donde se establecen garantías específicas en salud con garantías de acceso, oportunidad, equidad, solidaridad entre otras.

En el contexto chileno, se tiene una ley N 19.966 que obliga la inclusión de problemas de salud y las intervenciones a incluir para cada problema. En la discusión de la reforma aparece también el sistema de financiamiento en donde aparece el plan universal de seguridad social en salud, también se convoco para que el sector privado se incluya en este sistema y es así que aparece el Plan Nacional que va desde el 2011 al 2020. En donde se incorpora el componente de evaluaciones económicas en las guías de práctica clínica, y además avanzar en la priorización en investigaciones en salud.

El Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de Chile ha desarrollado en relación a evaluaciones económicas:

- Estudio de Costo Efectividad 2008 – 2010: <http://desal.minsal.cl>
- Estudio Costo Efectividad Vacuna VPM

En desarrollo se tiene:

- Costo efectividad del screening y tratamiento de hipoacusia bilateral en recién nacidos.
- Costo efectividad del screening y tratamiento de mujeres embarazadas y recién nacidos por transmisión de chagas congénito
- Desarrollo guía metodológica para evaluaciones económicas en Salud.

Las razones para elaborar guías metodológicas para realizar evaluaciones económicas en salud, están justificadas en base a las crecientes requerimiento de evidencia proveniente de evaluaciones económicas en salud para la toma de decisiones. Además, se está actualmente encontrando el número de publicaciones reportado por evaluaciones económicos, con lo que se necesita estar claro en que es lo que se va a hacer desde una Dirección de Economía de la Salud. Muchos países ya tienen una guía metodología para realizar evaluaciones económicas en salud, con el fin de homogenizar la información y se espera que se homogenicen las guías metodológicas para realizar este tipo de análisis.

Las ventajas de las guías metodológicas de evaluación económicas en salud son importantes ya que fomentan ser más explícitos, aumentan la comparabilidad entre estudios y además pueden implicar beneficios para los usuarios tanto internos como externos. Sin embargo así mismo tienen sus desventajas pues presuponen consenso en asuntos en lo que muchas veces no hay acuerdos, entre otros aspectos.

La creciente tendencia en el contexto internacional a la incorporación de la evidencia proveniente de las evaluaciones económicas en los procesos de toma de decisiones en salud. En el contexto chileno actual hace también necesaria la incorporación de evaluaciones

económicas en la toma de decisiones, sin decir, que es la única herramienta para incorporarla a la toma de las mismas. Por tanto, existe la necesidad de avanzar hacia la institucionalidad del rol de las evaluaciones económicas, homogenizar y asegurar la calidad de los estudios presentados, fortalecer el rol de la academia (formación de profesionales) y su vínculo con los tomadores de decisiones.

Discusión:

¿Se menciona algo del FONASA, por tanto creo que es importante que se explique cómo se conforma y como funciona?

Funciona con ingresos a partir del 7% de las remuneraciones de cada una de las personas que tienen un trabajo. Existen recursos adicionales que van desde el Ministerio de Hacienda y existen otros ingresos para la prestación de servicios de salud. El FONASA tiene una modalidad institucional dependiendo del ingreso que tenga, el usuario debe ir a la institución que este de referencia a su domicilio.

¿Cualquiera que presente un costo efectividad y si este costo efectividad es positivo se incorpora en el AUGE, o existe otro mecanismo de filtro? ¿La calidad de los datos es la segunda pregunta que te quiero hacer, ustedes disponen de una base de costos o de datos que sería importante también para Argentina?

En realidad, por ley está establecido un algoritmo para la incorporación por lo que no significa que no todos los estudios costo efectivos pueden ser considerados, además, se ven costo incremental. En el Sistema de Salud chileno, se atendieron todos los problemas de salud, ahora existen garantías para cada uno de los problemas específicos, y también se definió ciertos copagos máximos frente a una enfermedad y según esto se estableció un seguro de salud catastrófico.

Se cuenta por ley unos estudios de verificación de costos, respecto a todas las prestaciones que se pueden garantizar, además se ha establecidos costos de terreno para valorar las prestaciones. Se tiene bases de datos que se han levantado para que estén accesibles a los usuarios.

¿En base a qué criterios se evalúan la necesidad real de hacer estos estudios y la utilidad real que tendrá al final?

Hoy día se está definiendo como van a ingresar cada una de las evaluaciones económicas que se están requiriendo.

¿Analizar el tema de eficacia, ya que se tuvieron muchas dificultades para la implementación de guías terapéuticas? ¿Cómo están haciendo la base de datos de utilidades, ya que la mayoría de países están bastante rezagados?

La idea de que las evaluaciones económicas que se realizan en el país están enfocadas en la calidad hacia las personas (QALY), la calidad de vida me aporta esta prestación al mejoramiento de la misma.

Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Dr. Rodrigo Henríquez, Experto en Medicina Basada en Evidencia

Algunos dilemas que se debe enfrentar al tratar de entender las nuevas tecnologías que día a día se ponen a consideración de los servicios de salud, sin embargo hay que tener claro que estas nuevas tecnologías están en base a nuestro financiamiento de las nuevas tecnologías o simplemente están para ayudar a las personas en los servicios de salud, ya que, si se pierde el horizonte se puede llegar a causar más daño a la sociedad sin que exista beneficio.

Los decisores políticos a menudo se encuentran en situaciones que los obligan a entender y caracterizar mejor un problema antes de tomar decisiones. Por tanto nuestro trabajo es entregar los insumos para realizar la toma de decisiones en base a elementos técnicos, para que estos insumos sean analizados por los tomadores de decisiones y finalmente se llegue a una decisión.

“La información técnica que requieren los tomadores de decisiones esta frecuentemente no disponible o no se encuentra de la mejor manera”

Por tanto, todo el tiempo se enfrentan por las tensiones de cumplir con los objetivos sanitarios, en consideración a la oferta basado en la necesidad percibida por la población. Por lo general se encuentran con necesidades insatisfechas que no necesariamente no ayudan a cumplir con los objetivos sanitarios reales.

A nivel mundial existen grandes brechas ente la investigación, la generación de políticas y su implementación efectiva. Se tiene demandas crecientes en términos de calidad, variedad, de servicios y presentación; con recursos limitados, costos, necesidades y demandas crecientes, explosión de información y nuevas tecnologías.

Sistema de Salud: Todos los actores y las actividades cuyo propósito es promover, restaurar o mantener la salud. Responde a las expectativas de la población y además propicia servicios de alta calidad con criterios de eficacia, efectividad, eficiencia y aceptabilidad social.

Cuando se escucha tecnología, a la mayoría de población se asocia a la idea de lo ultimo lo nuevo o lo mejor, pero curiosamente no siempre es así. Las tecnologías en salud son una gama de métodos utilizados para promover restaurar o mantener la salud, en donde se incluye:

- Medicamentos
- Dispositivos
- Procedimientos
- Escenarios de Cuidado

- Modos de Intervención
- Escenarios de Cuidado

Una tecnología en un mundo ideal es tanto o más eficaz y cuesta menos que la alternativa actual, puede utilizar de forma segura y eficaz por personal menos calificado y a menor costo, en cualquier tipo de entorno y en todas las áreas geográficas. En este contexto, nace la evaluación de tecnologías que es un campo multidisciplinario de análisis de políticas, en donde, se estudia las implicaciones medicas, sociales, éticos, económicos del desarrollo, la difusión y el uso de estas tecnologías dentro de nuestros sistemas de salud. Este tipo de evaluaciones no solamente ingresa el término de efectividad, sino también de eficacia y aceptabilidad de la población, que pueden ayudar a informar si una opción de política debe considerable viable.

Una política puede considerarse apropiada si es técnicamente factible, si calza con los valores y preferencias dominantes y es aceptable en términos de trabajar su financiamiento y respaldo político. No se deben estar ajenos del momento político que se vive cuando se realizan evaluaciones de tecnologías sanitarias, por tanto se deben tomar en cuenta estos momentos o el contexto que se viven en ese momento.

Entonces, este tipo de evaluaciones nos permite compatibilizar los valores con la disponibilidad de información (evidencia) y a su vez con los recursos disponibles que se tiene.

Un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias tiene como características:

- Orientación a la definición de políticas sanitarias.
- Contenido y proceso multidisciplinario.
- Sintetiza información existente, analiza bases de datos y en ocasiones genera datos primarios.
- Vocación por diseminar y comunicar los resultados.

Buena parte de las diferentes instancias que tiene los Ministerios de salud como Direcciones de Economía de la Salud, Direcciones de Inteligencia en la Salud, es la de entregar insumos para la toma de decisiones sin embargo, si la información puede no ser fácil de usar si:

- Si la evidencia publicada no es relevante.
- Si no se valora como insumo para toma de decisiones.
- Si no se comunica efectivamente.
- Si no está disponible cuando los tomadores de decisiones la necesiten.
- Entre otras.

La evaluación de tecnologías es un proceso que requiere explicitar. Además requiere trabajo interdisciplinario en redes lo que implica que el desempeño efectivo de una tecnología requiere inversión en recursos humanos. La ciencia "reflexiva se produce en el contexto de proyecto socio económicos y políticos. Hay que legitimar la generación de políticas que

requiere un debate público, transparente y disponible para todos. Finalmente, hay que recordar que la industria desarrolla tecnologías desde su propia lógica.

CONCLUSION:

1. Lo que se aspiraba este primer día de trabajo era el intercambio de información sobre los aspectos claves que deberán seguir avanzando en la CASE, y además de la información de los países que nos enmarca la situación de la región, lo cual se ha cumplido de forma estricta.