



SEPTIEMBRE 2008



**6^{tas} Jornadas
Federales y
7mas. Santafesinas
POLITICA, ECONOMIA Y GESTION de
MEDICAMENTOS**

***POLITICA*
economía
y GESTION de
MEDICAMENTOS**



COLEGIO DE FARMACEUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
1ª circunscripción



6tas **Jornadas**
Federales y
7mas. Santafesinas
POLITICA, ECONOMIA Y GESTION de
MEDICAMENTOS

SEPTIEMBRE 2008

6^{tas} Jornadas Federales y 7mas. Santafesinas POLITICA, ECONOMIA Y GESTION de MEDICAMENTOS



San Nicolás, Septiembre 2008

Robatta, Hugo

6tas Jornadas Federales y 7mas Santafesinas: política, economía y gestión de medicamentos / Hugo Robatta; Matilde Sellanes; Adriana Gritón. - 1a ed. - Santa Fe: Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Santa Fe, 2009.
484 p.; 15x24 cm.

ISBN 978-950-99829-7-0

1. Política de Salud. 2. Gestión en Salud. 3. Medicamentos. I. Sellanes, Matilde II. Gritón, Adriana III. Título
CDD 320.6

Primera Edición 1200 ejemplares, junio 2009

Queda hecho el depósito que marca la Ley N° 11.723
Editado e impreso en la República Argentina por

Publicación

COLEGIO DE FARMACEUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1a C.
Crespo 2837 - 3000 Santa Fe
Tel. (54-342) 410 1000
E-mail: secpres@colfarsfe.org.ar

Producción Editorial

COLEGIO DE FARMACEUTICOS
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE 1a. C.

Edición Final

Farm. Hugo Ignacio Robatta
Dra. Matilde Sellanes
Sra. Adriana Gitrón

Agradecimiento por la colaboración en la edición de esta publicación



Laboratorio Monserrat y Eclair S.A.

INDICE

RECONOCIMIENTOS	11
------------------------------	----

ACTO DE APERTURA

<i>Farm. Marcelo Carignani - Dr. Alejandro Lozano - Dr. Miguel Ángel Capiello - Farm. Miguel Osio - Farm. Manuel Agotegaray</i>	13
---	----

MESA 1: POLÍTICAS DE SALUD

<i>Coordinadora: Farm. Adriana Cuello</i>	27
La visión desde el Ministerio de Salud de la Nación	
<i>Dr. Alejandro Lozano</i>	29
La visión desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe - <i>Dr. Miguel Ángel Capiello</i>	39
Preguntas y Comentarios	52

MESA 2: EL FUTURO DE LA INVESTIGACIÓN Y LA PRODUCCIÓN DE VACUNAS Y MEDICAMENTOS EN BRASIL Y ARGENTINA

<i>Coordinador: Dr. Javier Lottersberger</i>	55
La experiencia brasileña desde el Instituto Butantan	
<i>Dr. Otavio Azevedo Mercadante</i>	58
La experiencia brasileña desde la Fundación para el Remedio Popular (FURP) <i>Dr. Ricardo Oliva</i>	75
Comentarios a las disertaciones:	
<i>Dr. Gustavo Ríos y Dr. Daniel Gollan</i>	96
Preguntas y Comentarios	107

MESA 3: EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN LOS PLANES DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

<i>Coordinadora: Farm. Alicia Caraballo</i>	113
El uso racional de medicamentos en los programas de OPS/OMS	
<i>Dr. José Luis Castro</i>	115

El uso de la Farmacoepidemiología en planificación y presupuestación de las organizaciones de salud <i>Dr. Luis Alesso</i>	143
El Uso Racional del Medicamento La experiencia desde el Ministerio de Salud de Santa Fe - <i>Dra. Beatriz Martinelli</i>	156

MESA 4: CALIDAD, DISTRIBUCIÓN Y FINANCIAMIENTO DEL MEDICAMENTO: LA MIRADA DE LA INDUSTRIA

<i>Coordinador: Farm. José Cid</i>	167
Calidad y Financiamiento del Medicamento <i>Dr. Adriano Castronuovo</i>	171
Financiamiento del Medicamento. Una perspectiva desde la Economía - <i>Lic. Víctor Hugo Quiñones</i>	197
Financiamiento del Medicamento. <i>Lic. Clara Suárez</i>	208
Financiamiento del Medicamento. Aspectos tácticos desde una visión macro - <i>Dr. Eduardo Franciosi</i>	219

MESA 5: ACCESO A LA SALUD EN AMÉRICA LATINA, DESAFÍOS Y LOGROS

<i>Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray</i>	229
Acceso a la Salud en Costa Rica. Desafíos y logros <i>Dr. Juan Rafael Vargas</i>	231
Acceso a la Salud en Brasil. Desafíos y logros <i>Dr. Renilson Rehem de Souza</i>	254
Acceso a la Salud en Argentina - <i>Dr. Mario Rovere</i>	265
Preguntas y Comentarios	275

MESA 6: CLAVES PARA UNA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA

<i>Coordinadora: Farm. Catalina Girardi</i>	279
Atención Primaria de la Salud. Estrategias, Desafíos y Directrices Conceptuales - <i>Dra. Débora Mónica Ferrandini</i>	281
Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - <i>Dr. Francisco Leone</i>	289

Estrategias para la Atención Primaria. Contexto de la reforma <i>Dr. Adolfo Sánchez de León</i>	305
Preguntas y Comentarios	315

**MESA 7: FINANCIAMIENTO, COMPRA E INTEGRACIÓN
DE SERVICIOS DE SALUD**

<i>Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci</i>	321
La Visión desde el IAPOS - <i>Dr. Miguel González</i>	323
La Integración como Estrategia en la Compra y Gestión de Servicios de Salud - <i>Dr. Peregrino Selser</i>	333

MESA 8: ECONOMÍA POLÍTICA DE LA FINANCIACIÓN SANITARIA

<i>Coordinador: Farm. Miguel Osio</i>	351
Un análisis de la Financiación Sanitaria desde la Economía Política - <i>Dr. Carlos Vassallo</i>	353
Perspectivas de análisis desde la Economía Política <i>Dr. Ernesto Báscolo</i>	379
Preguntas y Comentarios	397

**MESAS 9: ERROR MÉDICO Y JUDICIALIZACIÓN DE LA SALUD
DIÁLOGOS ENTRE EL DERECHO, LA SALUD Y LA ECONOMÍA**

<i>Coordinador: Dr. Carlos Vassallo</i>	401
El error en Medicina - <i>Dr. Julio Muniagurria</i>	403
Diálogos entre el Derecho, la Salud y la Economía. Marco Constitucional en Materia Sanitaria - <i>Dr. Mariano Candiotti</i>	423
Judicialización de la salud. La experiencia desde la Superintendencia de Servicios de Salud - <i>Dr. Oscar Cochlar</i>	439
Preguntas y Comentarios	466

CONCLUSIONES - <i>Dr. Carlos Vassallo</i>	473
--	-----

CIERRE DE LAS JORNADAS - <i>Farm. Juan Carlos Rucci,</i> <i>Farm. Marcelo Carignani, Farm. Manuel Agotegaray</i>	475
--	-----

RECONOCIMIENTOS

Los organizadores de las VI JORNADAS FEDERALES Y VII SANTAFESINAS de POLÍTICA, ECONOMÍA Y GESTIÓN DE MEDICAMENTOS queremos agradecer a todos quienes colaboraron con la organización de este encuentro y destacar los auspicios recibidos por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, la Cámara de Senadores de la Provincia de Santa Fe, la Cámara de Diputados de la Provincia de Buenos Aires y la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario.

También queremos agradecer la nota recibida de parte de la Vicepresidenta de la Cámara de Diputados de la Nación, Dra. Patricia Vaca Narvaja, donde nos expresa lo siguiente:

“Por medio de la presente hago llegar mis saludos y felicitaciones por las Jornadas Federales de Política, Economía y Gestión de Medicamentos. Hechos como éstos son auspiciosos, ya que generan espacios con distintas experiencias enriqueciendo nuestra visión común. El medicamento es un bien social donde el Estado y los profesionales deben asegurar el acceso, la transparencia y su uso racional, por el bien de nuestras comunidades”.

Finalmente deseamos expresar nuestro especial reconocimiento a la Municipalidad de San Nicolás de los Arroyos, por haber declarado de interés estas Jornadas y a la Secretaria de Salud y Acción Social Municipal, Farm. Catalina Girardi su permanente colaboración.

A todos, muchas gracias.
COMITÉ ORGANIZADOR.

ACTO DE APERTURA



Se encuentran presentes en el estrado el Farmacéutico Manuel Agotegaray, Presidente de FEFARA, el señor Intendente de la Ciudad de San Nicolás, Farmacéutico Marcelo Carignani, el señor Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, Dr. Miguel Ángel Cappelletti y el Dr. Alejandro Lozano, perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación, quien asiste en representación de la señora Ministra Graciela Ocaña.

Farm. Marcelo Carignani

Intendente de la Ciudad de San Nicolás

No puedo sino comenzar diciendo lo que seguramente todos los que me conocen imaginarán, que me invade una gran emoción y orgullo de verlos reunidos acá, y de poder participar como intendente de un evento de esta naturaleza. Mi más sincero agradecimiento por el hecho de que hayan escogido nuestra ciudad para realizar estas Jornadas. Lo hago extensivo a las autoridades que nos acompañan, tanto del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe como del Ministerio de Salud de la Nación. Y un comentario personal, que tiene que ver con estas cosas que nos trae la vida, a mi me tocó estar con Alejandro Lozano en el tiempo que se desempeñaba como Director del Laboratorio Central de Medicamentos de la Provincia, un año difícil, el 2002 - 2003, cuando a su vez yo era Subsecretario de Fiscalización, y tuvimos que llevar adelante una tarea igualmente difícil que era llegar desde la Provincia con el medicamento a los complejos, hospitales y centros de salud barriales de distintos puntos de la ciudad. Hoy quiere el destino que nos tengamos que encontrar aquí, y que me toque darles la bienvenida a unas Jornadas tan importantes.

Y esta alegría que siento tiene también mucho que ver con la amistad, porque uno se encuentra aquí con compañeros y compañeras de Facultad, con militantes de nuestra época estudiantil, con tantos amigos con los cuales hemos compartido distintas etapas en la vida y en la profesión.

Quienes somos de la profesión, tenemos claramente definido el importante rol que cumple el Farmacéutico en la sociedad. Y por eso la importancia que los farmacéuticos discutamos, charlemos, y veamos como se desarrolla la problemática del medicamento en la Argentina y en el mundo. Y creo que podemos decir con total justicia que muchas veces ni los poderes públicos ni los sectores económicos, ven claro la realidad de

esta disciplina o escuchan los consejos de los farmacéuticos. Y cada vez que tienen que tomar una decisión, por ejemplo cómo racionalizar el uso del medicamento, o cómo educar a la sociedad en el consumo de los medicamentos, aparece cualquiera opinando o decidiendo menos los farmacéuticos y mucho menos las instituciones farmacéuticas, que son quienes los nuclean desde hace mucho tiempo, y se esfuerzan por darle valor a la profesión, al medicamento.

Acaso sea redundante, pero creo que es muy importante que las instituciones y los colegas vayamos progresando y adaptándonos a las nuevas realidades. Y paralelamente y como decía antes, es importante que los sectores de poder que tienen que ver con el medicamento escuchen a los farmacéuticos, porque tenemos una historia de vida en cuanto al uso racional, al contacto con la gente, y al manejo correcto del medicamento. De hecho tanto en los tiempos en que en la Argentina hubo accesibilidad al medicamento, esos tiempos en que en la Argentina la salud era una prioridad, y que hay que luchar para poder recuperarlos, siempre estuvieron los farmacéuticos con sus organizaciones para llevar adelante las ideas más claras en esta materia.

Además me parece oportuno en medio de esta charla comentar cosas que algunos de ustedes me han escuchado decir muchas veces en privado, y aquí tengo la posibilidad de expresarles: la importancia que los farmacéuticos trabajemos y militemos en política.

Probablemente hace un tiempo atrás muchos le teníamos miedo a esa palabra y no sé por qué pero yo nunca se lo tuve. Algunos de ustedes son testigos que aún en tiempos difíciles, ya hacíamos política en la Facultad. Y creo que nuestra participación en los estamentos públicos nos permitió hacerles ver a muchos funcionarios como debe ser el manejo correcto de los medicamentos. A mí me tocó pasar por todas las etapas: dirigente de la Facultad, dirigente local del Colegio, o dirigente del Colegio Provincial y Nacional, después funcionario de la Provincia en un

área vinculada con el medicamento, y hoy me toca ser Intendente. Como Intendente es acaso más difícil llevar adelante el concepto que uno tiene sobre el medicamento, pero es importante nuestra participación y nuestro compromiso con los distintos sectores de la sociedad, para que la política de medicamentos sea conducida por los farmacéuticos.

Y en este sentido he tratado de ser coherente por eso, antes de asumir mi segundo mandato, designé al frente de la Secretaría de Salud a una colega nuestra. Lógicamente esto me ha generado resistencias en algunos sectores, pero si hay un médico en la Dirección de Salud, hay un veterinario en la Dirección de Veterinaria, hay una Licenciada en Acción Social en la de Acción Social, entonces tiene su lógica que como Secretaria coordinando todo eso tenía que haber un farmacéutico, porque de esa manera integramos a toda la profesión.

Para concluir, quiero repetirles que estoy enormemente agradecido y orgulloso de que estén aquí en San Nicolás, y decirles a todos los amigos que me he encontrado acá, a mis colegas, a quienes he tenido como rivales en algún encuentro deportivo, que insistamos en esto de trabajar en defensa de la profesión y en buscar los caminos correctos para que la sociedad pueda tener accesibilidad al medicamento. Nosotros sabemos cómo hacerlo, y lo saben quienes están en la conducción de las instituciones, porque los conozco a todos. Sé que estamos en el mismo camino, simplemente tenemos que esforzarnos todavía más.

Finalmente, disfruten de San Nicolás y de estas Jornadas, siéntanse en su casa, porque yo realmente acá con ustedes me siento como en mi casa. Mucha suerte y muchas gracias.

Dr. Alejandro Lozano

Ministerio de Salud de la Nación

Creo que me toca a mí ser muy breve, porque quien me antecedió ya se ha expresado en forma conveniente y convincente. Puedo dar fe de algunos de sus testimonios, en verdad nos tocó transitar unas épocas difíciles en el Ministerio de Salud, y me consta su vocación emprendedora y su decisión por el cambio en algunos temas que resultaban trascendentes para la época.

Bueno en primer lugar, excusar a la Ministra de Salud de la Nación, la Lic. Graciela Ocaña, quien en el día de hoy se encuentra en una reunión del COFESA, que como ustedes saben nuclea a las autoridades del Ministerio de Salud de la Nación con sus pares de las distintas jurisdicciones provinciales, y en el día de hoy están recibiendo en sesión plenaria a todos los Decanos de las Facultades de Medicina que están extendidas a lo largo y ancho del país, para abordar un tema que es trascendente para la gestión y que es la profesionalización de la enfermería. Esto incluye cumplir con una meta propuesta por el Ministerio de Salud de lograr aproximadamente 6000 enfermeras profesionales por año, de manera tal que a lo largo de seis o siete años podamos alcanzar la meta de tener una enfermera por médico.

Demás está decir la trascendencia que el medicamento tiene para el Ministerio de Salud de la Nación, la salud es un derecho humano inalienable, y el medicamento es un bien social necesario e imprescindible para alcanzar ese objetivo. Y es así que me va a tocar exponer dentro de unos minutos, someramente y en forma muy discreta y humilde, sobre algunos lineamientos de la política del Ministerio de Salud de la Nación para el periodo 2008 - 2011, y específicamente sobre el Programa de producción pública de medicamentos, que es una apuesta fuerte de esta gestión del Ministerio de Salud, de modo tal que esperamos de esta reunión la discusión, el debate sano y constructivo, y

nuevamente que las conclusiones sirvan como una herramienta de transformación.

Lo que voy a decir no es un oportunismo político, pero ya lo digo para terminar, Marcelo Carignani lo esbozó en un momento de su charla pero también es un tema que está en discusión en el Ministerio de Salud, y es el tema de la mejora en la dispensa de medicamentos. Creo que allí obviamente los farmacéuticos cumplen un rol fundamental, estamos analizando la manera de profesionalizar la dispensa en todos los estamentos que tiene el sistema de salud, tanto sean los hospitales de alta complejidad como las unidades sanitarias.

De modo que muchas gracias por la invitación que nos han hecho y esperamos aportar algunos elementos que hagan a la elaboración de conclusiones conjuntas para seguir en el camino trazado.

Dr. Miguel Ángel Cappiello

Ministro de Salud de Santa Fe

Muchas gracias por la invitación y muy buenos días a todos y a todas. Realmente me siento como en mi casa, aún viniendo por primera vez a estas Jornadas fuera de la Cuna de la Bandera, y contento de venir a una ciudad que venera a la Virgen que aquí se le apareció a esta ciudadanía, donde muchos de los ciudadanos de Rosario, y de otras partes del país vienen puntualmente a rendirle su fe. Paralelamente y salvando las distancias, también yo vengo puntualmente cada año a las Jornadas Federales y Santafesinas de Farmacia, y en esta oportunidad también tengo que estar en breve en la reunión del Consejo Federal de Salud, el COFESA, que es uno de los organismos e instancias más importantes donde se discuten en conjunto las políticas de salud para el país y para cada provincia, y en lo que

tiene que ver como organismo rector el Ministerio de Salud de la Nación.

Honestamente debo decir que en cuanto al medicamento, el Ministerio de Salud de la Nación, a través de su ministra la Lic. Graciela Ocaña, y a través de sus representantes, entre ellos el Dr. Alejandro Lozano y muchos otros, se está cumpliendo una tarea muy importante para favorecer la producción pública de medicamentos, lo cual no es un hecho menor. Como el Intendente lo resaltara en alguna parte de su alocución, es un hecho de decisión política trascendente para el país fortalecer muchos de los laboratorios públicos productores de medicamentos, para que abastezcan a todos los ciudadanos del país. Esto es uno de los hechos de políticas de Estado en salud más importantes, dentro de los que hemos visto surgir en los últimos años. De hecho el Plan Remediar ha confiado a los laboratorios de las industrias farmacéuticas, como el LIF de la provincia de Santa Fe, la provisión de la cefalexina para todo el país, cosa que nos enorgullece muchísimo como trabajadores de la salud y como dirigentes políticos, y también nos enorgullece como santafesinos. Un producto que se hace con la calidad y la trazabilidad adecuadas, y que va a ser usado en todo el país por tantos ciudadanos argentinos que van a tener acceso al mismo, gracias a esta política de Estado y gracias a que desde el Ministerio de Salud de la Nación se tomó esta decisión.

Estoy convencido que en estas Jornadas estamos en presencia de trabajadores de la salud, de colegas que tienen un rol fundamental en cualquiera de las políticas de salud que se deben llevar adelante. Y es cierto que de alguna manera han estado postergados en algún tiempo, pero también es cierto que están recuperando el tiempo perdido, y ganando el espacio que necesitan los farmacéuticos en el equipo de salud.

En mi provincia, en nuestra provincia, hay algunas deudas que todavía debemos saldar. Solamente tenemos alrededor de 60 farmacéuticos en una provincia extensa que mide

998 Km. desde Florencia a Rufino, y que necesita tener cada vez mayor cantidad de trabajadores de farmacia para garantizar que ese medicamento, que es un bien social como dijimos, pueda estar dispuesto en el tiempo, forma y calidad adecuadas para dar respuesta a las necesidades de los ciudadanos, y esto solamente lo pueden controlar, ejecutar y administrar los farmacéuticos.

Hay desde ya otros hechos importantes para trabajar, como la farmacovigilancia, los estudios epidemiológicos y de problemas que causen los medicamentos, donde el primero en detectarlos sin lugar a dudas será el farmacéutico. Por eso es que venimos saldando de a poquito las deudas, no todas juntas, pero tratando de dar las respuestas a este recurso humano tan calificado.

Nos quedan cosas por hacer, pero a pesar de que en estos momentos tendríamos que estar llegando a Buenos Aires para poder iniciar a las 13 hs. la reunión del COFESA, la tercera reunión del COFESA de esta gestión de la Ministra Ocaña, me permití hacer una parada, un recreo, en esta ciudad tan linda y en este lugar tan acogedor, para estar con mis amigos y los colegas farmacéuticas y farmacéuticos de mi provincia, y de otras provincias y otros lugares del mundo que han estado aquí o que van a estar; para cada uno brindar su ponencia y para mejorar entre todos la dispensación de un bien social como es el medicamento. Muchas gracias.

Farm. Miguel Osio

Vicepresidente de FEFARA¹

Trataré de ser muy breve, y en primer lugar expresar en nombre de la organización farmacéutica FEFARA un agradecimiento a todos los que se han llegado a éstas Jornadas para participar, para hacer su aporte y para expresar sus ideas en la forma más abierta, plural, y democrática.

Agradecer también a los distintos directivos de colegios farmacéuticos que vienen acompañando las Jornadas desde sus inicios, agradecer a los sectores gubernamentales que están presentes, a representantes de la industria, de las droguerías, y demás asistentes.

Hace siete años, cuando se realizaron en Santa Fe las primeras Jornadas Santafecinas, en un momento muy difícil del país y desde ya muy difícil también para los farmacéuticos, el Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe de la Primera Circunscripción generó este espacio que era necesario, yo diría imprescindible en aquel momento, para abrir el debate acerca de lo que debían ser las políticas de medicamentos. Y esto se hizo con un espíritu basado fundamentalmente en la pluralidad de las ideas, generando un espacio donde cada uno viniera a expresar lo que realmente sentía, y donde tuviera la libertad de hablar en nombre del sector al que pertenecía y desde sus más íntimos convencimientos. Eso fue una de las bases fundamentales de estas Jornadas, y otra base que se buscó fue darles sentido federal, federal fundamentalmente en lo político, en lo filosófico, un sentido federal de participación de todo el interior del país, y hacerlo en una provincia que realmente había trabajado mucho por la cuestión, la defensa, y los reclamos farmacéuticos.

¹ FEFARA: Federación Farmacéutica Argentina.

En aquel momento muchos pensaron que iba a ser un hecho aislado, un hecho del momento, de la coyuntura, un escenario frente a la situación que se vivía en ese momento en el país. E incluso resultaba entonces casi una utopía pensar que hoy íbamos a estar celebrando las Sextas Jornadas Federales y Séptimas Santafesinas. Pero lo cierto es que hoy estamos en esta situación, particularmente reafirmando aquel concepto del federalismo, y agregando a esa idea del federalismo filosófico y político esta idea del federalismo geográfico hemos salido de la provincia de Santa Fe.

Estamos realizando estas Jornadas en esta provincia tan importante, como decía don Ricardo Rojas, en este otro país que es la provincia de Buenos Aires, y en una ciudad que para nosotros tiene un valor muy importante en lo afectivo, una ciudad que tiene como intendente a un colega y a un amigo que es Marcelo Carignani, quien de alguna forma sintetiza la idea de muchos dirigentes farmacéuticos en esto de participar en la política. Por eso es que suscribo lo que él planteaba recién, lo suscribo íntegramente porque sé que él tiene un profundo sentido de pertenencia, que defiende la idea a la cual abraza y lo manifiesta en cada cuestión de su vida. Y lo pinta una anécdota que anoche recordábamos: una tarde nos encontramos en el estadio del Barcelona Fútbol Club, y mientras algunos íbamos a la boutique del club a buscar algún presente para traer a nuestros afectos aquí en la Argentina, Marcelo estaba sentado con su esposa y lucía la camiseta de Independiente, el club de sus amores. Traigo esto a colación porque habla claramente del sentido de pertenencia que tiene de las cosas, cada una de las cosas que planteó y dijo, yo sé que las siente y las defiende.

Por supuesto suscribo todo lo que dijo, fundamentalmente aquello de que la unión hace la fuerza, aunque no pueda cantar que todos unidos triunfaremos. Muchas gracias por el tiempo y muchas gracias por estar.

Farm. Manuel Agotegaray

Presidente de FEFARA

Lo bueno de hablar último, y después de estos oradores, es que ya no queda casi nada por decir, y esto siempre es una excusa muy buena y vale para empezar.

La verdad que desde FEFARA agradecemos muchísimo la presencia de todos ustedes, y desde este estrado veo funcionarios de la Superintendencia de Servicios de Salud, al diputado Santafesino Miguel Barrios, gente que no se ha mencionado y a la que también le queremos agradecer la presencia. Realmente como decía Miguel Osio recién, adherimos desde la conducción de FEFARA y en representación de los farmacéuticos, a toda la movilización que siempre se hace para esta ocasión, y más aún en esta primera vez que hacemos nuestras Jornadas fuera de la provincia de Santa Fe.

Reafirmamos ahora lo que decíamos y que debe estar por allí, en algún libro de hace un par de años, que en realidad no hacemos nada más que ir detrás de los acontecimientos, porque un tema tan sensible como es el medicamento para la salud de la población, y la obligación que tenemos los farmacéuticos de acortar esa asimetría de información que tiene la población con respecto al mercado de medicamentos, hace que cualquier esfuerzo que hagamos siempre resulte poco. Por eso creo que más allá de lo que uno defienda la profesión, uno defiende un montón de cosas también: básicamente una cultura del país y una forma de vivir que los argentinos debemos defender y debemos tomar posesión, desde la política, desde el gremialismo, o del lugar que a cada uno le toque estar.

Y con respecto a lo anterior, simplemente quiero decirles que cuando uno cambia los objetivos, eso es corrupción, como

le gusta decir a una colega del Colegio de Santa Fe. Esto vale para cualquier aspecto de la vida, y lo digo porque estamos en un momento muy especial en la Argentina, donde no podemos hacer el papel que se ha hecho siempre, cuando se reúnen varios congresales haciendo como que hacen, y en definitiva no haciendo ni diciendo nada. De alguna manera hay que poner el pecho a las balas, como nos gusta a los colegas que hemos conducido FEFARA, que jamás hemos estado de acuerdo en esconder la tierra abajo de la alfombra.

Creo que todo el sector de medicamentos de Argentina y los farmacéuticos en especial, pueden decir claramente a la población cosas que se han venido diciendo a través de congresos y de charlas durante muchos años. Cosas como que necesitamos un medicamento accesible, seguro y eficaz; pero debemos preguntarnos: ¿qué quiere decir eso?.

Yo creo que hoy podemos decir con total responsabilidad que estamos, yo diría muy bien, en dos aspectos: en la accesibilidad de medicamentos y en la eficacia, porque si uno ve la cantidad de recursos que se gastan en medicamentos sería hasta inmoral decir que hay gente que no tiene cobertura en medicamentos, y por eso me parece que el tema del acceso ha tenido una mejora en los últimos años.

La mejora en la eficacia tiene que ver con el dinamismo y la estructura de producción que tienen los laboratorios de la Argentina, que es muy buena, tal vez mejor de la sensación que muchas veces el periodismo le traslada a la población.

Pero con el tercer aspecto viene el problema, porque tenemos un problema de seguridad del medicamento. Y muchas veces no está dentro del frasco, sino que tiene que ver con otros temas, a mi entender con que los funcionarios tengan orgullo de ser funcionarios y no pretendan ser empresarios rápidamente, y empiecen a regular para su propio molino. Y con los farmacéuticos que también tenemos muchos deberes sin hacer..

Pero tenemos que plantear estas cosas frente con instituciones que estén al servicio de la población, al servicio de los colegas y del trabajo cotidiano, porque esto es lo que nos da derecho también a exigirle a ese colega que esté al servicio de la gente, que de última es a lo que tenemos que tender en definitiva, y que jamás tenemos que perder de la mira, porque sino la profesión se va ir diluyendo en la vida.

Fundamentalmente, lo que yo quería plantear es que la seguridad significa no sólo siempre el aspecto legal, la fiscalización, el control o el seguimiento de la comercialización de los medicamentos. Y es uno de los principales problemas que tenemos hoy en la Argentina. Hay que discutir estas cosas en las mesas de consenso, hay que armar esas mesas, participar y debatir estos temas de un modo sano, con farmacéuticos, funcionarios y empresarios que quieran vivir en un país digno.

Me parece que no decir estas cosas en un momento como el que estamos atravesando sería un pecado, y no seríamos FEFARA. FEFARA es un sentimiento, FEFARA es una forma de ser dirigencia y una forma de ejercer la profesión, no es más que eso. Y justamente por eso me permito rescatar este concepto en este momento, no puedo dejar pasar que en la provincia de Santa Fe, y no porque tenga al ministro a mi derecha, los farmacéuticos estamos llevando adelante los proyectos porque también hemos encontrado una convicción, una decisión política que realmente hay que rescatar. Cuando se encuentra funcionarios de este tipo los tenemos que cuidar, cuando encontramos empresarios que quieren trabajar en serio, que desde ya quieren ganar plata, pero que de alguna manera no quieren captar toda la cadena de comercialización, hay que rescatarlos. Los farmacéuticos tenemos que diferenciar, y construir desde las instituciones, más horizontalmente, no verticalmente, no es una lucha población vs. industria farmacéutica, o farmacéuticos vs. la población. Hay de todo en todos lados.

Estas jornadas se hacen, y nunca lo voy a dejar de repetir, con el enorme esfuerzo de todos los farmacéuticos en el día a día y con el esfuerzo de las instituciones farmacéuticas. Tenemos el orgullo de tener disertantes de Brasil y de Costa Rica, más allá de la colaboración de algún amigo, de alguna entidad como siempre. Esto, mucho o poco, sale del trabajo día a día de los farmacéuticos, por eso todo lo que es FEFARA está a su disposición en estos dos días. Los disertantes saben que pueden decir todo lo que su conciencia les dicte, acá no hay limitación en ningún aspecto, y por eso entre todos festejamos estas Sextas Jornadas Federales y Séptimas Jornadas Santafesinas, en un tema tan sensible, tan importante para la población como es el medicamento.

Muchísimas gracias por su participación, muchas gracias por venir.



MESA N° 1

Políticas de salud

Coordinadora: Farm. Adriana Cuello

Después de este participativo acto inaugural, vamos a empezar a trabajar porque el tiempo transcurre rápido y el programa es no sólo intenso sino extenso. Obviamente si han leído el programa de estas Jornadas, fundamentalmente para este año es el medicamento en la atención primaria y sus características de accesibilidad y seguridad el eje de desarrollo de las mismas. Este tema entonces, como no podría ser de otra manera, tiene que empezar contextualizándose con las políticas de salud.

Y hablar de políticas de salud tiene que ver con el mensaje rector del Estado, con la participación del Estado en cualquier decisión política. Por eso habíamos planteado esta mesa con la Sra. Ministra de Salud de la Nación, y en su representación y como bien se ha dicho antes, el Dr. Alejandro Lozano va hacer uso de la palabra, y además como salud de la nación siempre articula con salud de cada una de las provincias como entes autárquicos que son, tenemos la presencia del Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe, el Dr. Miguel Ángel Capiello,

del que podemos decir que ha hecho mucho en salud en el corto tiempo que está desempeñando sus funciones.

En primer lugar disertará el Dr. Alejandro Lozano, quien es integrante del equipo del Ministerio de Salud de la Nación, y en segundo lugar lo hará el Dr. Miguel Ángel Capiello, quien es médico especialista en Urología y Magister en Gestión de Sistemas de Salud, título otorgado por la Universidad Nacional de Rosario.

Como siempre, al final de las disertaciones abriremos un espacio para la participación de la audiencia con preguntas a los panelistas.

La visión desde el Ministerio de Salud de la Nación

Dr. Alejandro Lozano

Introducción

Obviamente el tema es muy amplio y sería muy atrevido de mi parte intentar hacer todo un esbozo de lo que se está pensando en este momento en el Ministerio de Salud de la Nación, así que simplemente voy a hacer un breve racconto de los principales lineamientos que tiene pensada esta gestión de gobierno para el cuatrienio 2008 - 2011.

A modo de introducción digamos que las **políticas de salud** están encuadradas dentro del marco que fijan la Constitución Nacional y los Pactos Internacionales ratificados por la Nación Argentina.

Se organizan en base a los siguientes **principios**:

- **El Derecho a la salud:** no solo como un derecho humano inalienable sino como un derecho promotor y forjador de ciudadanía plena.
- **La gratuidad e integralidad en las respuestas:** esto es eliminar cualquier barrera en el acceso a los servicios de salud, y de apuntar a defragmentar un sistema que actualmente se encuentra absolutamente fragmentado.
- **La equidad como principio de justicia:** con el obje-

tivo de que todos tengan acceso igualitario a los servicios de salud.

- **La participación activa de la ciudadanía:** no solo como motorizador del derecho que nosotros llamamos democratizador, sino también como una garantía de transparencia.
- **La Promoción de la Salud y la actuación sobre entornos saludables:** creemos que actuando sobre los entornos sociales y ambientales podemos trabajar en un marco mucho más accesible un conjunto de patologías, que actualmente y desde hace muchos años constituyen un flagelo para la salud de los argentinos.
- **Integrar un Sistema Nacional de Salud:** dado que en la Constitución de los argentinos las provincias no han delegado el tema de la salud en la Nación, sino que la salud es una responsabilidad de las provincias, y éstas a su vez en muchas de las jurisdicciones lo tienen delegado, o con funciones primordiales, en los municipios o en los departamentos, esto exige una tarea de coordinación intra e intersectorial muy importante.

Visión y Desafíos

Veamos ahora cual es nuestra **visión**, pero una visión no en términos empresarios sino en términos de **desafíos** que esta gestión se plantea para un horizonte de cinco a diez años.

- **Una Mortalidad Infantil menor a 10 (por mil):** Esto implica una reducción de la mortalidad que actualmente ronda el 14 por 1000, hasta llevarla a una tasa del 10 por mil o menos. Obviamente que acá habrá que trabajar en terreno, habrá que revisar el programa de inmunización, habrá que mejorar la atención neonatal, y fundamentalmente actuar sobre las embarazadas de alto riesgo.

- **Una Mortalidad materna menor a 10 (por cien mil):**
Este es quizás el objetivo más desafiante en términos numéricos, porque la tasa de mortalidad materna en la Argentina estaba en 50 por 100.000 en el año 1990, y bajó a 39 por 100.000 en el año 2005. Para cumplir con los Objetivos del Milenio Argentina necesitaría alcanzar la tasa de 13 cada 100.000 para el año 2015, y ahora se está planteando un objetivo aún más desafiante, que es llevarla a 10 por 100.000. Esto desde ya implica que hay que trabajar sobre los embarazos no deseados, porque de esta manera se estaría disminuyendo drásticamente la tasa de abortos ilegales en la Argentina, que es la primer causa de muertes maternas. También actuar sobre los embarazos de alto riesgo y sobre maternidades seguras para disminuir la mortalidad relacionada al parto y al puerperio.
- **Una reducción significativa de las brechas existentes entre grupos sociales y entre territorios:**
Nos estamos planteando una reducción significativa en las brechas existentes entre grupos sociales y entre territorios, porque existen desequilibrios que son realmente chocantes y que ofenden la dignidad de muchos argentinos. Para relacionarlo con el tema anterior, digamos que la tasa de mortalidad materna en Jujuy es 15 veces superior a las tasa de mortalidad materna que se observa en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Pero a su vez se observan diferencias y brechas significativas dentro del mismo territorio, es muy notable la diferencia de mortalidad infantil por ejemplo que existe entre las provincias del nordeste y las provincias del centro del país, e incluso dentro de la Capital Federal hay brechas fuertes entre la observada en los barrios del norte con la de los barrios del sur.
- **Una reducción de la anemia en el país, con acciones de prevención en los principales grupos de**

- riesgo:** Otra de las metas que se han planteado es una reducción de la anemia en el país con acciones de prevención en los principales grupos de riesgo: La anemia produce dificultades en el crecimiento de los niños, dificultades cognitivas en los grupos de escolares y embarazos con riesgo de parto prematuro y muerte en las mujeres de edad fértil. Desde ya exige un trabajo de coordinación intersectorial muy marcado con las instituciones de la comunidad.
- **Una reducción significativa de la morbilidad y mortalidad evitables causadas por enfermedades transmisibles y no transmisibles:** A su vez muchas patologías transmisibles tienen una prevalencia varias veces superior en los sectores socialmente más desprotegidos.

Hitos y Metas de Gestión

Vamos a detenernos un poco en este último punto, con el fin de destacar algunos hitos de esta gestión del Ministerio de Salud, que consideramos importantes.

El primero de ellos es el **relanzamiento del Programa Federal de Chagas**. Aunque nos cueste creerlo, el Chagas, enfermedad que es endémica en nuestro país de por sí, estuvo liberada a su evolución natural y espontánea durante muchos años, el número de viviendas rociadas disminuyó drásticamente, y aumentaron los porcentajes de infestación en las provincias del norte y centro del país. Esta gestión ha relanzado el Programa Nacional de Chagas, que contempla el rociado con insecticidas de las viviendas y de los peridomicilios. También obviamente el control de las embarazadas para disminuir la transmisión vertical de la enfermedad, y un aumento en el ratio de controles hematológicos para instaurar un tratamiento temprano en las poblaciones de niños y adolescentes, porque contrariamente a lo que muchos creen, en esas etapas de la vida el Chagas detec-

tado a tiempo tiene tratamiento efectivo, y por supuesto que se va a proveer el tratamiento para todos aquellos niños a los cuales se detecte la enfermedad.

Otra enfermedad emblemática que hace a los programas de la salud pública y la epidemiología, y que ha estado también librada a su evolución natural y espontánea o al esfuerzo individual de algunas jurisdicciones, ha sido la **tuberculosis**. Argentina tiene una incidencia en la enfermedad de 29,4 cada 10.000 habitantes, y esto hace un total de 12.000 pacientes año. Estos pacientes estaban dependiendo para la provisión de su tratamiento de esfuerzos individuales de algunas jurisdicciones e incluso del «tráfico» entre comillas de medicamentos no autorizados entre jurisdicciones, y realmente la población que sufre esta enfermedad tenía aún más complicada su existencia. La tuberculosis es una enfermedad que cuando el paciente come y recibe el tratamiento adecuado y continuo se logra controlar fácilmente, sin embargo también durante muchos años no se proveyó el medicamento en las formas adecuadas, lo que hizo aparecer formas resistentes de la enfermedad, multi y polirresistentes, y tanto la prevalencia como la mortalidad de la tuberculosis se amesetaron y se consolidaron en el país. Afortunadamente esta gestión ha relanzado el Programa Nacional con fondos del Ministerio de Salud de la Nación, se han comprado medicamentos de primera línea y por primera vez en la historia argentina se ha comprado medicación para los tratamientos de tuberculosis multirresistentes.

Otro Programa también tradicional en la salud pública es el **Control de cáncer cervicouterino**, que es la segunda causa de muerte en las mujeres de edad fértil, que asimismo se ha relanzado en la actual gestión, porque no había antecedentes en la gestión sanitaria nacional de control de cáncer cervicouterino.

Lo mismo ha sucedido con el **Programa de cardiopatías congénitas**, donde el país venía con un déficit de aproximadamente 1100 intervenciones quirúrgicas por año, déficit que con

la instauración del registro y del ente coordinador se piensa saldar y lograr que los niños que nazcan con deficiencias cardíacas congénitas puedan ser operados el mismo año. Y aquí estamos hablando de aproximadamente 4300 operaciones quirúrgicas por año.

Estrategias generales

Pasemos a ver ahora cómo se va a avanzar en esos hitos o en esas metas de gestión, o sea cuáles son las estrategias generales.

- Mejorar la accesibilidad y cobertura de salud para todos los habitantes, terminando con la inequidad territorial, social o cultural o económica.
- Relanzar la Estrategia de APS, readecuándola a los nuevos desafíos.
- Articular los distintos sectores que financian la salud para facilitar un abordaje integral y racional de los problemas.
- ***Garantizar el acceso a los medicamentos de toda la población***, y este punto lo resaltamos porque luego nos vamos a explayar en el tema.
- ***Promover la producción pública de medicamentos, vacunas y biológicos***
- Redimensionar y promover la redistribución geográfica de los planteles y los recursos tecnológicos y financieros. Y aquí vale comentar que hoy la ministra de salud está reunida con los ministros de salud provinciales y los Decanos de las Facultades de Medicina, para hacer un gran esfuerzo en este sentido, tratando de aumentar el personal profesional de enfermería. Hay déficit también en algunas otras especialidades de las Cien-

cias Médicas, por ejemplo hay problemas con los pediatras y hay problemas con distintas especialidades que obviamente están concentradas en los sectores geográficos de mayor ingreso económico.

- Estructurar Redes de Atención de complejidad creciente adecuadamente dimensionadas en todos sus niveles, con fluidos y eficaces sistemas de referencia y contra-referencia.
- Establecer mecanismos adecuados para promover una participación social amplia en aspectos de planificación, gestión y control en diferentes niveles e instancias de decisión del Estado.
- Reforzar la Promoción de la Salud, a través de la incidencia sobre determinantes, políticas públicas saludables, comunicación social intercultural y educación popular.

Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos

Bueno finalmente llegamos al Programa de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos, éste también es un tema de decisión política del Ministerio de Salud de la Nación, se ha plantado una semilla de lo que nosotros consideramos una política pública, y creemos que es obligación de todos cuidarla para que crezca, para que se haga sana y fuerte con el transcurso de los años.

En Argentina no existe una fuerte tradición en producción pública, como sí la podemos observar en otros países incluso vecinos, y creo que vamos a tener la oportunidad de escuchar hoy a representantes de la industria brasileña. Pero sí hay valiosos antecedentes en distintas jurisdicciones del país, hay algo así como 37 laboratorios relevados, y hay un *know how* de produc-

ción muy importante. Y en relación a esto acá lo veo a Daniel Gollan y también le quiero agradecer todo lo que ha hecho para la producción pública de medicamentos, porque hemos sumado esfuerzos durante algunos años para poder concretar ahora esta semilla de políticas públicas que la ministra de salud decide plantar.

Cómo ya comentáramos en la introducción, para el Ministerio la salud es un derecho, pero el medicamento es un bien social necesario para lograr y consolidar ese status. **Por lo tanto la producción pública de medicamentos cumple un rol estratégico en la provisión de medicamentos y vacunas esenciales, en tres aspectos fundamentales:**

- **Asegurando la provisión de medicamentos básicos esenciales** ante cualquier circunstancia que pueda surgir.
- **Regulando el mercado.** Este país se caracteriza por tener de vez en cuando algunas crisis cíclicas profundas, o algunos problemas puntuales en el mercadeo que pueden llegar a desabastecer incluso medicaciones básicas esenciales. Creemos que articular el sistema público de producción puede tener efecto en la regulación del mercado.
- **Atendiendo las necesidades de las enfermedades «huérfanas u olvidadas por la industria».** Hay un sinnúmero de enfermedades y de nichos de mercado que no son explotados, lo que lleva a que quienes las padecen tengan realmente un doble padecimiento, el de la enfermedad y el de conseguir el remedio para subsanar el problema. Hoy hablábamos sobre una serie de enfermedades, algunas muy importantes como la tuberculosis, y destaquemos que prácticamente no hay producción en el país de medicamentos de lo que se llama la segunda línea de elección. Se ha dejado de

producir el albendazol que utilizan los pacientes con hidatidosis, no hay medicamentos para la malaria, y así podríamos seguir haciendo un recuento que lamentablemente sería bastante largo.

Fortalezas y Debilidades del Sistema Público de Producción de Medicamentos

Cuáles son las **fortalezas y debilidades** que tiene, o que vemos nosotros en el sistema público de producción:

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Capacidad Instalada	Heterogeneidad de Plantas y escasa especificidad
Know how de producción	Superposición de esfuerzos
Rápida respuesta	Deficiencias en la implementación de GMP
Buenos costos de producción a escalas convenientes	Marco normativo administrativo-jurídico, con muchas restricciones para la gestión

Respecto a las **fortalezas**, lo primero es destacar que existe una importante capacidad de producción instalada, hay experiencia de años en los equipos de producción y esto agrega todo el valor del *know how*. Existe una rápida respuesta ante situaciones de crisis, como ya lo demostró el sistema en la profunda crisis del 2001 – 2002, y como han dado respuesta algunos actores del sistema público recientemente, esto ya lo mencionó el ministro de Santa Fe, el LIF ante una situación de discontinuidad de producción de cefalexina, produjo rápidamente para abastecer la necesidades nacionales del Plan Remediar. Y finalmente existen buenos costos de producción cuando se alcanzan escalas convenientes para producir medicamentos.

Y las **debilidades** que tienen, como se puede ver en el cuadro, es que en primer lugar hay una gran heterogeneidad de

plantas con una escasa especificidad. Luego hay una notable superposición de esfuerzos, y esto implica que hay que trabajar mucho en tareas de coordinación intersectorial. Porque repetimos que los 37 o 40 laboratorios que hay pertenecen a distintas jurisdicciones: nacionales, dentro de las nacionales los hay independientes del Ministerio de Salud y dependientes de las universidades nacionales, los hay provinciales, y los hay municipales también. Otra debilidad es que hay deficiencias en la implementación de GMP (Buenas Prácticas de Manufactura), esto se ve cuando muchas veces los laboratorios en la necesidad de atender la urgencia descuidan los procesos de mejora continua y aseguramiento de la calidad. Y finalmente tienen un marco normativo administrativo jurídico que dificulta la gestión, esto es para nosotros una traba que *a prima facie* consideramos grave, y es necesario que avancen hacia una nueva forma jurídica que le permita implementar nuevos estándares de gestión.

Objetivos Generales del Programa

Para concluir, mencionemos brevemente los **objetivos generales del programa:**

- Coordinar y Planificar la Producción Pública, considerando la demanda, normas regulatorias y un uso adecuado de los recursos.
- Implementar programas de Mejora Continua y luego guiarlos, tema en el cual ANMAT – INAME está cumpliendo un rol fundamental.
- Facilitar la incorporación de tecnologías y herramientas de gestión.

La Visión desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe

Dr. Miguel Ángel Capiello

Introducción

Debo aclarar que muchas de las cosas que pensaba decir, ya las ha dicho recién Alejandro Lozano, de modo que no voy a repetirlas. Pero no puedo pasar por alto esto de que la salud es un derecho, y es un derecho constitucional y a la vez parte de los derechos humanos. En este gobierno la salud está entendida como un derecho inherente a todos los ciudadanos, y todas nuestras políticas de salud tienen que ver con el garantizar que este derecho en la provincia de Santa Fe no sea un derecho reclamado, sino que sea un derecho que se ejerza, lo mismo que lo sean la educación y el trabajo. Por eso lo que pretendemos es generar políticas de salud que trasciendan la esfera gubernamental, que trasciendan el equipo de técnicos políticos del momento, queremos generar políticas de salud que sirvan para los ciudadanos y que ellos se enpoderen de su sistema de salud, que se sientan orgullosos y que lo defiendan ante cualquier cambio que pudiera darse en un contexto político de pensar de manera diferente.

El año pasado, en las Jornadas anteriores en agosto, me tocaba exponer como integrante del Frente Progresista Cívico y Social cuál iba a ser nuestra política de salud si hipotéticamente hubiésemos ganado el gobierno. Bueno, lo entonces hipotético sucedió, ganamos el gobierno, estamos instalados, y hace cer-

ca de ocho meses estamos trabajando en el Ministerio de Salud de la provincia generando estas políticas que queremos ahora comentar, para garantizar el derecho a la salud de los ciudadanos.

Salud Universal

Y en aquella oportunidad decíamos que íbamos a trabajar para la **equidad**, como recién también lo ha mencionado Alejandro Lozano, de manera tal que el acceso y la cobertura de los ciudadanos a distintos servicios no dependiera de sus posibilidades individuales, del lugar donde habitan o de sus capacidades de pago. Decíamos entonces lo que sostenemos ahora, que queremos garantizar que el derecho a la salud sea igual para todos.

Los **ejes de la construcción de este sistema** que estamos planteando serán la **regionalización, descentralización y participación**.

En el gobierno del Dr. Hermes Binner la **regionalización** es hoy una realidad, la provincia de Santa Fe está dividida en **cinco nodos regionales**, donde más allá de tener una cobertura geográfica ya definida, no se mide en cuestiones de rigideces territoriales sino que es flexible, y tiene que ver con cómo los ciudadanos buscan la resolución a su problemas. Y esa regionalización en salud tiene que ver con haber conformado todos los nodos regionales: Reconquista, Rafaela, Venado Tuerto, Rosario y Santa Fe. Esos nodos regionales hoy tienen responsables y estamos empezando a generar su regiones, porque es tan extensa la provincia que necesitamos cada vez más trabajadores que entiendan que la problemática de salud se resuelve en el lugar y con la participación de los ciudadanos.

Y cuando hablábamos de **descentralización**, no hablábamos de una mera desconcentración de recursos o de decisiones,

hablamos realmente de llegar a que cada región tome sus propias decisiones para resolver de la mejor manera posible su problemas de salud. Pero no nos desentendemos del problema, reservamos para nosotros el ser el rector, el garante de la salud, pero no el único ejecutor. Y en esto quiero ser muy claro, porque estoy hablando de superar las antinomias del Estado vs. sociedad o de lo público vs. lo privado, y de hecho estamos trabajando en conjunto con todos los sectores.

Comenzamos entonces con la regionalización, estamos en el camino de la descentralización, y también hemos trabajado en la **participación**. Los que son de Rosario en la provincia de Santa Fe sabrán que se han hecho ya cada una de las asambleas ciudadanas en cada uno de los nodos. Ya llevamos dos y nos falta una más, el martes que viene se hace la última de la segunda etapa en Venado Tuerto. Y con lo producido por los ciudadanos se va a realizar o se va a construir el plan estratégico de la provincia de Santa Fe para los próximos tres años. Pero lógicamente en toda esta descentralización y en toda esta participación y regionalización, hay ciertas cuestiones que el Estado debe reservarse para sí, para poder ejecutarlas para aquellos que no tienen capacidad de plantear sus demandas, porque hay muchos en esa condición en la provincia de Santa Fe. Decía al comienzo el Intendente de San Nicolás que algunos piensan que la política es una mala palabra. Todo lo contrario, la política es la voz de los que no tienen voz, y la política bien entendida resuelve los problemas, en este caso de las políticas de salud.

El diálogo con todos los actores involucrados facilitará la puesta en acción de la Reforma Sanitaria, que va acompañando a la reforma del Estado de la Provincia de Santa Fe. Nosotros decimos que no queremos ser los administradores del viejo Estado, sino que queremos ser los generadores de un nuevo Estado provincial que garantice derechos, y en el caso nuestro se trata de garantizar el derecho a la salud.

Sistema Único de Salud

Y este diálogo, en esta construcción dialógica con todos los ciudadanos y con todos los sectores intervinientes, tanto a nivel público como privado, permitirá también avanzar en la construcción consensuada de un Sistema Único de Salud, que pensamos para la provincia de Santa Fe, donde la primera etapa consistirá en fortalecer al sector público y articular todos los activos disponibles.

Exactamente hoy en la OPS se empieza a hablar de los sistemas integrados de salud. En un documento borrador que ha estado circulando, esto se empieza a discutir hoy con muy poca gente. Aunque me han invitado por esta posición que tenemos, lamentablemente no voy a poder estar porque tengo que estar en el COFESA. Pero esto de sentar los cimientos para la discusión de un sistema único de salud solamente se puede hacer desde el sector público y en nuestro caso del de la provincia de Santa Fe, y éste constituye el horizonte de nuestro futuro, pero de nuestro futuro en nuestro trabajo de hoy. Hoy estamos trabajando en muchos lugares y hemos dado todas las discusiones y hemos puesto todo a disposición para construir entre todos lo que pueda ser en el futuro un sistema único de salud para la provincia de Santa Fe, que tiene que tener lo que decía el Dr. Lozano: integralidad, accesibilidad, gratuidad, equidad, y ciencia.

Permítanme leer algunas cosas que son de hace mucho tiempo atrás, algunas son más actuales pero igualmente tienen que ver con todo eso que ya fue discutido en ALMA ATA hace 30 años. Porque en su artículo 7 se sostenía que la atención primaria de la salud debe mantenerse mediante un sistema integrado, funcional, un sistema de referencia conduciendo al mejoramiento progresivo y comprensivo de la atención sanitaria integral para todos, y asignando prioridad a los más necesitados.

Hace 30 años Alma Ata decía «Salud para todos en el año 2000», y recuerdo que en alguna oportunidad yo dije que es-

peraba que no fuera salud para todos en 2000 años. Porque hoy todavía en esta extensa provincia de Santa Fe, que tiene distintas características epidemiológicas que podemos muy claramente ver, la salud no es para todos. Hay gente que no tiene capacidad de reclamar su servicio de salud, hay gente que no tiene accesibilidad al servicio de salud, y hay gente que no tiene gratuidad para su servicio de salud. Y estas son las situaciones que tenemos que revertir construyendo un sistema único de salud.

Santa Fe es una provincia muy extensa, les decía yo antes que hay 998 kilómetros medidos con el cuentakilómetros del auto, de Florencia a Rufino. Y Florencia está a 80 kilómetros de Resistencia... pero en Santa Fe a la gente le hacíamos recorrer 560 Km. para tener una respuesta de salud. Esto habla de la necesidad de la regionalización, el Gobierno ha anunciado en su mensaje a las Legislaturas el 1º de mayo la construcción de nuevos hospitales, porque nos encontramos con una provincia que no tenía la capacidad instalada adecuada para todas las respuestas que nosotros queríamos dar. Y estos hospitales tienen que ver con los cinco nodos regionales: uno en Reconquista, uno en Rafaela, uno en Venado Tuerto, uno en Santa Fe, uno en Las Toscas, Ceres, Las Parejas. Son hospitales que van a tener una capacidad de resolución mayor a la que hoy tienen, para que un paciente no tenga que viajar desde Florencia a Santa Fe 560 Km para hacerse una tomografía computada.

Esto implica una clara decisión política que tiene que ver con la regionalización y la participación de los ciudadanos, con haber visto cuáles eran sus reales necesidades. Y créanme cuando les digo que me quedé a las asambleas regionales, escuchar a la gente es sumamente interesante y uno aprende mucho, porque desde el escritorio uno puede construir una torre de Babel, y cuando sale a la realidad y la gente le golpea con los hechos, la torre se cae y dura muy poquito lo que uno pueda planificar. Entonces hablando con ellos en Florencia me decían *«Ustedes nos hacen ir a Santa Fe cuando aquí a 80 kilómetros tenemos el*

Ferrando, un hospital de alta complejidad de Resistencia. ¿Por qué ustedes no hacen un acuerdo con el ministro del Chaco para que nosotros podamos ir allí y no nos expulsen?»

Claramente esto habla de tener integrado un sistema de salud en todo el país. Y si desde el Ministerio de Salud de la Nación, donde se empieza a hablar de esto, podemos lograr dejar plasmados los ejes para un futuro sistema de salud, para lo cual hay mucha legislación todavía vigente en el país, podemos decir que estamos garantizando la accesibilidad a todos los ciudadanos. No es un hecho menor que en los Objetivos del Milenio, tres de ellos sean exclusivamente de salud y que tengan que ver con bajar la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Esto de bajar la mortalidad infantil ha tenido un pico el año pasado, que es importante para prender las luces de alarma y poder resolver estos problemas que tienen que ver con las maternidades seguras, que tienen que ver con la vacunación, y en ese sentido por ejemplo, se está haciendo la campaña de rubéola en el nodo regional Rosario y el 29 de septiembre empieza en todo el país. Todo esto tiene que ver con lo que decía un colega nuestro y con el cual hemos aprendido mucho: que nosotros pongamos la punta del compás de nuestras acciones en la gente, y a partir de allí podamos trazar nuestras políticas de salud.

Este tipo de políticas de salud, dirigidas a la gente y sus necesidades reales, de construir hospitales con la tecnología adecuada a la realidad regional que en esos momentos uno puede manejar, son las políticas que debemos tomar desde el Estado, más allá de todo lo que podamos hacer en conjunto o separado cada uno de los integrantes de los equipos de salud.

Tener políticas de Estado claras significa tener políticas claras para la gente, esto de los medicamentos no es un tema menor, tenemos un aumento de los embarazos no deseados pero también tenemos un problema en la producción de los anticonceptivos para poder aplicar las políticas de salud reproductiva y de salud

sexual. Tenemos un aumento del cáncer cervicouterino como comentó recién Alejandro Lozano, pero también tenemos un grave problema en la provincia de Santa Fe y es que no tenemos los patólogos en esos lugares del norte o bien del sur para poder leer un Papanicolau. Y lamentablemente lo digo con mucho dolor porque estuvimos en la madrugada que se incendió al laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina, donde se nos inutilizaron muchos de los vidrios de la toma de Papanicolaou de muchas rosarinas que se atienden en los centros de salud provinciales. Y esto va a significar un problema serio para resolver, más allá de la estructura edilicia, vamos a tener que volver a buscar a la gente para volver a tomar la muestra.

Estamos trabajando para esto, porque si el cáncer uterino nos aumentó, como el cáncer de mama en el norte, es porque no tenemos la capacidad de darles la accesibilidad a los servicios. Estamos empezando con recuperar la capacidad tecnológica que el gobierno provincial no tenía hasta ahora, necesitamos 25 mamógrafos en toda la provincia para poder atender a todas las mujeres y hacerles una mamografía, teníamos diez, compramos cinco que se van a poner en los distintos nodos, y aún faltan 9. Los recursos económicos tendrán que salir de algún lado, hay muchos lugares en esta provincia que no tienen efectores privados de salud y solamente existe el efector público, y esto requiere de una política de salud que integre el público y el privado para poder en conjunto trabajar sobre un sistema único de salud.

Como decíamos antes y comentáramos también el año pasado, en esta primera etapa estamos trabajando en fortalecer al sector público y articular todos esos activos disponibles que existen en la provincia, y que permitirían en el futuro poder desarrollar espacios de participación comunitaria. Y esto es desarrollar espacios efectivos de participación de la comunidad en la elaboración de las políticas públicas y en la gestión de los servicios de salud.

Y por supuesto también está relacionado con distribuir y organizar los recursos disponibles, y asignarlos según las necesidades de la población. Y quiero que esto sea bien claro y bien entendido porque uno a veces cuando va con la gente no recibe todas flores, sino que recibe palos, cachetadas, insultos... créanme que no es fácil enfrentarse a 300 o 400 o 500 personas que le dicen de todo menos bonito, pero que en realidad tienen la petición de lo que ellos necesitan.

Cuando uno va y le dicen no llegó el anticonceptivo en tiempo y forma, significa que alguien pudo haber quedado embarazada y no quería quedar embarazada, y significa que a lo mejor podemos luego tener un chico cuya madre no se controla como corresponde durante el embarazo, y después el chico que se nos muere y nos aumenta la mortalidad infantil. Y entonces nuestra política habrá fallado porque la tasa de mortalidad infantil marca mucho la política de un país y marca mucho de la política de un ministerio.

Pero esto tiene que ver con otra de las cosas que se dicen, ya que las Ministras y Ministros de Salud de Iberoamérica o sus representantes se reunieron en la IX Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Iquique, Chile, los días 9 y 10 de julio de 2007, y allí firmaron el Consenso de Iquique. Y en esta Cumbre participó como ministro argentino el Dr. Ginés González García, justamente nacido aquí en San Nicolás, y en el Consenso, en su párrafo 6º se señalaba la necesidad de desarrollar redes del servicio de salud basadas en la atención primaria.

Esto está dicho ya por el Dr. Lozano cuando hablaba de financiamiento público y de cobertura universal, dada su capacidad de aminorar los efectos de la segmentación y de la fragmentación articulándose con el conjunto de las redes sociales. Eso figura en este escrito, está aprobado por los ministros de Iberoamérica no tenemos nada para inventar, pero sin ir mucho más lejos, hace muchos años el primer ministro de salud de la Nación, el Dr. Ramón Carrillo del cual el año pasado festejába-

mos el centenario de su nacimiento, hace más de 50 años hablaba de esto, él hablaba de la regionalización, hablaba de la descentralización y hablaba de la participación, y con el tiempo y el ir y venir de las distintas políticas nos fuimos apartando de los dichos de Carrillo.

Hoy es bueno volver a releerlo a Carrillo para volver a su camino, porque esto de armar redes sociales, armar redes de trabajo, es lo primero que la gente pone en juego cuando estamos en crisis. Y es lo que ha pasado, ya lo dijo el Intendente Carignani y también Alejandro Lozano, cuando allá en el 2001, 2002 y parte del 2003 la gente puso en juego esas redes solidarias para darse las respuestas que ellos necesitaban y que desde los gobiernos no se le podían dar. Y recordemos que aparecieron los mercados de trueque donde se intercambiaban los medicamentos, hecho que fue producto de una denuncia que hicimos porque creíamos y estamos convencidos de que el medicamento es un bien social, y debe estar dispensado por el farmacéutico. Pero a pesar de eso las redes sociales se pusieron un juego y pudieron ir resolviendo sus problemas.

Creo que dentro de todo esto hay algunas cosas más que tienen que ver con el trabajador, que tiene que ver con los recursos humanos. No hace mucho tiempo me tocó también dar una conferencia sobre Recursos Humanos, y allí dije que nosotros para la política de salud tenemos los recursos humanos más calificados. Y esto también está entendido por el Gobierno Nacional, porque lo que vamos a discutir ahora de capacitar más de 40.000 enfermeras en un tiempo acotado, para lograr mejorar la relación médico - enfermeras que hoy es muy mala en todo el país y en la provincia. Debería ser de 2,8 enfermeras por médico si nosotros queremos implementar esta estrategia de atención primaria con adscripción de familias a equipos de salud. Y necesitamos capacitar alrededor de 600 enfermeras por año para poder dar este tipo de respuestas. Egresan 240 e ingresan a querer formarse 400 y pico de enfermeras, de enfermeras no de ciudadanas.

Este proceso que está llevando adelante el Gobierno Nacional de becar a los postulantes para que a lo largo de tres años tengan un título de enfermero profesional, es un hecho de integración de las políticas de Estado con las políticas regionales y con la política de los ministerios. Nosotros vamos a llevar el día de mañana el Acta Compromiso entre el Gobierno Provincial a través del Ministerio y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, a través del Decano, para firmar ese acuerdo. Esto con la idea de que a partir de las escuelas provinciales podamos armar una única currícula de formación, una única forma de enseñar, y que los títulos otorgados por las escuelas provinciales y los de la Universidad sean dados por ambas jurisdicciones. Esto también significa que estamos dando una posibilidad no sólo de trabajo a futuro, porque ahí que incorporar esa gente que a su vez es necesaria, sino que estamos dando una posibilidad de integración que hasta ahora no existía, entre la Universidad y el Ministerio de Salud de la provincia.

Hay algunas cosas que son parte de nuestro orgullo, como la producción pública de medicamentos que sostuvimos en aquella época de crisis de la que hablábamos recién, a pesar de los costos y de que el resultado final era sumamente más caro que lo que podríamos conseguir en el laboratorio. Y así sostuvimos en el gobierno de Rosario la producción pública de suero a través del LEM, el Laboratorio de Especialidades Medicinales de **Rosario**, una producción pública de suero que terminó poniéndole un techo al precio de los laboratorios. Y hoy estamos trabajando para poder aumentar la capacidad de producción de ese laboratorio de sueros para poder abastecer a toda la provincia de Santa Fe, porque tenemos más de 10 años de probada de su efectividad y eficacia sin ningún tipo de complicaciones.

Estamos también trabajando por un LIF² mejor y más grande, un LIF que produzca estos medicamentos de calidad que hace tantos años que se prueban en la provincia de Santa

² Laboratorio Productor de Fármacos Medicinales, Sociedad del Estado.

Fe, y hemos tenido la suerte de que la ANMAT haya autorizado algunos de ellos a través de las gestiones que hizo el Dr. Daniel Gollan. Esto nos permite pensar que es posible garantizarle a todos los ciudadanos un medicamento efectivo seguro y eficaz.

Desde ya tenemos deudas, tenemos grandes deudas en lo que tiene que ver con el recurso humano, hay especialidades que están faltando, anestesia, pediatría, neonatología, y esta es una discusión muy grande que se está dando a nivel del COFESA y a nivel del Gobierno Nacional. Probablemente en el día de mañana se saque una declaración donde aquellos profesionales formados en cada una de las provincias tengan que trabajar durante tres años - o por lo menos es la propuesta que vamos a llevar - no gratuitamente sino pagándoles en esta forma que nosotros hemos puesto con la promulgación de la ley de incompatibilidad que hizo el Gobernador Binner, con cargos full time y con bloqueo de título para que den respuesta en aquellos lugares donde hoy no tenemos estas especialidades. No sólo hacen falta maternidades seguras sino que hacen falta neonatólogos para poder dar las respuestas a estas situaciones, que a veces nos aumentan los casos de mortalidad infantil por no tener el profesional adecuado con la tecnología adecuada en el momento preciso.

Conclusiones

A modo de síntesis repasemos las principales acciones y ejes de un **Sistema Único de Salud para la provincia de Santa Fe:**

- Desarrollar espacios efectivos de participación de la comunidad en la elaboración de las políticas públicas y en la gestión de los servicios de salud.
- Distribuir y organizar los recursos disponibles y asignarlos según las necesidades de la población.

- Asegurar capacidades para el ejercicio de responsabilidades y de resolución de problemas en los niveles regionales.
- Establecer un escalonamiento por niveles de complejidad de atención de los servicios, las distancias y los medios de comunicación.
- Fortalecer la producción estatal de medicamentos y la gestión de listados únicos de drogas esenciales que garanticen la distribución oportuna en cantidad y calidad, el acceso gratuito y la continuidad de los tratamientos.
- Descentralizar paulatinamente las decisiones y los recursos.
- Poner en discusión para la construcción colectiva una política de recursos humanos en términos de formación continua, remuneración, mecanismos de ingreso, promoción, evaluación y sanción para todos los trabajadores de salud del sector público.
- Convocar a distintas instancias de diálogo para articular acciones hoy sectorizadas e inconexas, públicas municipales, públicas provinciales, semipúblicas, privadas y de obras sociales.

En fin, todo esto que les comentaba es buena parte de lo que estamos haciendo, a partir de convocar a las distintas instancias de diálogo para articular las acciones hoy sectorizadas e inconexas, a las instancias públicas, municipales, provinciales, semipúblicas, privadas y a los colegios profesionales. Manolo Agotegaray decía que estamos trabajando con las facultades, y realmente estamos trabajando con todos los que podemos hablar y compartir experiencias, y lo estamos haciendo porque esto no es una construcción de una sola persona, es una construcción entre muchos. Esto de trabajar por la gente es algo que

es sumamente interesante, e incluso con los recursos humanos de la provincia hemos podido recomponer mucho, por primera vez un ministro fue a Paritarias y pudimos lograr algún salario un poco más digno, solamente un poco más digno, sabemos que tenemos allí muchas deudas, y las vamos a cumplir porque tenemos claramente la convicción de que este ministro es solamente el mascarón de proa de un conjunto de trabajadores que se preocupa por la salud de la gente.

Pero quiero terminar con un agradecimiento especial a los trabajadores del ministerio de salud y fundamentalmente a una farmacéutica, que en estos momentos en que el país está debatiendo la droga, los muertos por el cartel de México por la efedrina, en la provincia de Santa Fe fue la inspectora de farmacia que impidió que la efedrina llegara a las farmacias en una cantidad que era muy superior a la cuota que tiene el Gobierno Nacional o el país para ingresar. Y lo hizo desde su trabajo, desde su compromiso con la gente, con las farmacias, con la profesión, con el Estado, con el Ministerio. Lo hizo desde su compromiso propio de ciudadana para que esa efedrina no causará ningún estrago más en los ciudadanos de la provincia de Santa Fe ni en el país.

A todos los farmacéuticos que con ese compromiso día a día trabajan en los distintos lugares, desde lo político, desde lo gremial, desde lo académico, desde lo de todo los días, este ministro les da las gracias, porque han valorizado la profesión, han valorizado al trabajador de la salud, y porque fundamentalmente estamos garantizando el derecho a la salud de los ciudadanos. Muchas gracias.

Preguntas y Comentarios

Coordinadora: Bueno, lo primero que me surge es que ha sido una mesa gratificante, en principio por las convicciones de los disertantes. Doy fe de que el año pasado me tocó ser coordinadora de la mesa de los candidatos a Ministro de Salud de la Provincia, y con la misma convicción que lo dice el Ministro de Salud hoy, fue que lo expuso en aquella oportunidad.

Me parece que también es gratificante saber que hay decisiones de política serias desde la Nación respecto a temas fundamentales como la baja de mortalidad infantil. No hay lugar a dudas que esta ha sido una muy buena Mesa para empezar, así que no hay que desaprovecharla, tenemos a estos actores aquí con nosotros y me gustaría que si el público tiene alguna pregunta para realizarle lo haga, teniendo en cuenta que el tiempo disponible es acotado, porque como sabemos, el Dr. Capiello tiene que partir para la reunión del COFESA.

- **Audiencia:** *para el representante de la Ministra de Salud de la Nación: ya que están abocados al tema preventivo del cáncer de cuello uterino en las mujeres, yo quería preguntarles si van a incorporar las vacunas contra el virus del papiloma humano.*

Dr. A. Lozano: Cuando haya evidencias científicas de que la vacuna es eficaz y efectiva para prevenir el cáncer cervicouterino sí, pero por ahora no las hay Independientemente del costo, todavía no hay evidencia científica de que sea efectiva para la prevención del cáncer cervicouterino.

- **Audiencia:** *Cuando usted hablaba al principio sobre las metas y acciones fijadas para bajar la mortalidad infantil en 10 por 1000, quería saber además de los casos de embarazos no deseados, o luego no controlados o tratamiento de cardiopatías congénitas, qué políticas tienen sobre los niños que nacen sanos y se nos enferman por la contaminación ambiental.*

Dr. A. Lozano: Bueno, yo mencioné en alguno de los puntos que era necesario trabajar sobre los determinantes de salud, y entre ellos los determinantes medioambientales y los determinantes sociales. Obviamente que los determinantes ambientales son muy importantes, desde la provisión del agua potable, saneamiento ambiental básico, el control de los residuos o de las plagas de insectos que transmiten enfermedades. En eso el Ministerio se va a abocar a trabajar en una tarea que por cierto es ardua y es intersectorial, porque tendríamos que empezar por extender las redes de agua potable, de cloacas, y por la construcción de viviendas. Hay áreas que realmente están comprometidas. El tema del agua es un problema y un desafío para el nuevo milenio. Hay cuencas que realmente están con problemas de arsénico, hay cuencas que están con problemas de uranio, el nitrógeno en general se eleva en todo el país como consecuencia tanto de los desechos orgánicos como de la intensa actividad agrícola y ganadera. Comprendan que es una tarea intersectorial que excede el marco restrictivo que es el Ministerio de la Salud, pero está la predisposición de abordarla y trabajar en ese sentido.

- **Audiencia:** *Respecto a lo que estaba hablando María Eugenia recién el Ministerio de Salud de la Nación sigue apoyando o promoviendo el proyecto Municipios Saludables, que tiene que ver con todo esto.*

Dr. A. Lozano: Si, es más, hay una Secretaría de Determinantes de Salud que preside el Lic. Hernández y que está abocada a estos temas.

- **Audiencia:** *Quería felicitar al Dr. Cappiello, yo lo escuché el año pasado, y ahora al ver que están trabajando tan intensamente felicito realmente a la provincia de Santa Fe.*

Dr. M.A. Cappiello: Muchas gracias.

- **Audiencia:** *Y también quiero hacer un pedido: ya que la Ministra Ocaña se reúne en el COFESA con todos los Decanos de las Facultades de Medicina, yo quisiera que también en algún momento el COFESA se reuniera con todo los Decanos de Farmacia y Bioquímica que ya empezamos a trabajar el programa de medicamentos y de atención primaria, y también que sea considerada la función del farmacéutico en la atención primaria. Y aprovechando que dijo respecto a que tenían una deuda con los farmacéuticos, pedir que en los hospitales haya más de un farmacéutico, y que la dispensa de los medicamentos directamente, por ejemplo por el Plan REMEDIAR, sea hecha por farmacéuticos. O al menos saber si lo tienen previsto para algún momento. Y otra propuesta más: que en cada CAPS haya un farmacéutico.*

Dr. M.A. Cappiello: Se lo voy a proponer a la Ministra ahora cuando yo llegue, que considere reunirse con los distintos decanos que tienen que ver con el equipo de salud.



MESA N° 2

El futuro de la investigación y la producción de vacunas y medicamentos en Brasil y Argentina

Coordinador: Dr. Javier Lottersberger

Quiero aclarar en primer término que estoy acá reemplazando al Dr. Amadeo Cellino que es el Presidente del ECUAFyB, el Ente Coordinador de Unidades Académicas de Bioquímica y Farmacia, quien está hoy y mañana con la Sra. Ministra Graciela Ocaña, y agregar, además, que en los últimos tiempos este Ente ha estado trabajando mucho con el Ministerio, con una fuerte presencia y colaboración de los bioquímicos y los farmacéuticos.

Creo que esta Mesa plantea algo que es estimulante y que constituye un incentivo importante para todos, como es hablar del futuro de la investigación y la producción de vacunas y medicamentos en Argentina y compartir la experiencia en este campo de Brasil. Los disertantes son personas que cumplen roles muy trascendentes en el Estado de San Pablo, y los comentaristas también son gente que ha tenido y tiene roles importantes en nuestro medio, de modo que vamos a presentarlos muy brevemente.

Nuestros invitados de Brasil son el Dr. Otavio Azevedo Mercadante y el Dr. Ricardo Oliva. El Dr. Otavio Azevedo Mercadante es graduado en Medicina en la Universidad de San Pablo, Master en Salud Pública graduado en la misma Universidad y egresado de la Residencia Médica de la Universidad de San Pablo, y hoy es Director Técnico del Instituto Butantan. El Dr. Ricardo Oliva es médico sanitarista, Director del Centro de Vigilancia Sanitaria de la Secretaría de Estado de Salud de San Pablo, Gerente de Proyecto del Ministerio de Salud, Coordinador de Salud, Coordinador de los Institutos de Pesquisa y Coordinador de la Región Metropolitana de Salud de San Pablo, Director de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria, Secretario Adjunto de la Secretaría de Estado de Salud de San Pablo y actualmente es Superintendente de la Fundación para el Remedio Popular (FURP).

Los comentarios en esta Mesa van estar a cargo del doctor Gustavo Alberto Ríos, quien es egresado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires, posee un Postgrado y Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social, dictado por el Instituto Universitario de la Fundación ISALUD y un Postgrado de Especialización en Medicina del Trabajo y Seguridad Laboral. Entre 1989 y 1991 ha sido médico concurrente en la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Nacional José Borda con aprobación de cursos regulares, desempeñándose actualmente como Director con rango de Interventor en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbran (ANLIS). También va a hacer sus comentarios respecto de esta Mesa el Dr. Daniel Gollan, que es médico egresado de la Universidad Nacional de Rosario, y posee Postgrados en Epidemiología y en Administración Sanitaria, y se desempeña como Subdirector de la ANMAT.

Finalmente me presento diciendo que soy Bioquímico, Doctor en Ciencias Biológicas, y actualmente me desempeño como Secretario de Extensión de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral de Santa Fe y

docente investigador de la misma casa. Además actúo como Director del Parque Tecnológico del Litoral y Centro de Santa Fe y como Secretario de la Asociación de Incubadoras, Parques y Polos Tecnológicos de la República Argentina, y me he especializado en el desarrollo de la vinculación entre la universidad y el sector productivo, habiendo ocupado el puesto de Director de Desarrollo Productivo de la UNL y como director de varios proyectos de investigación y desarrollos tecnológico, y realmente tengo un gran orgullo y alegría de poder estar aquí hoy coordinando una Mesa tan promisoría.

La mecánica del panel va a ser la misma que la Mesa anterior: comenzaremos con las exposiciones, pasaremos luego a los comentarios, y terminaremos con un comentario final antes de abrir un espacio para las preguntas de la audiencia.

La Experiencia Brasileña desde el Instituto Butantan

Dr. Otavio Azevedo Mercadante

Introducción

Quiero comenzar esta charla presentando al Instituto Butantan. El Instituto Butantan es un Instituto de Investigación y de Producción de sueros antiofídicos y vacunas. Es un órgano de la Secretaría de Salud de San Pablo, o sea que no es un órgano del Ministerio de Salud, sino de un estado, que en este caso es San Pablo.

En primer lugar voy a intentar mostrar cómo el Instituto Butantan en los últimos años asumió un papel importante en el desarrollo y producción de sueros y vacunas, papel que está íntimamente ligado a una política nacional. De modo que voy a tratar de explicar la correlación que hay entre una política nacional de inmunizaciones y la producción de vacunas por el Instituto Butantan.

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) comienza en 1973, por lo tanto ya es un programa de 35 años, ligado a una política pública que atravesó varios gobiernos y que es una política pública permanente del gobierno brasileño. Se inició con el **objetivo** de promover el control del sarampión, la tuberculo-

sis, la difteria, el tétano, la tos convulsa o coqueluche, comenzar la campaña de erradicación de la poliomielitis, y mantener erradicada la viruela en el país.

La **principal característica del programa es ser universal y de acceso gratuito**, y además extremadamente descentralizado. Son cerca de 40.000 puestos de vacunación en todo el territorio nacional, y no existe ni siquiera una localidad rural de la Amazonia que no sea alcanzada por este Programa Nacional de Inmunizaciones.

El PNI está íntimamente vinculado con el Programa de Vigilancia Epidemiológica y Enfermedades Inmunoprevenibles, y lo más importante del programa es que permitió una calidad técnica caracterizada por el mantenimiento de la cadena de frío, que preserva la calidad de la vacuna desde su producción hasta la localidad más remota de todo Brasil. Así también mantuvo el sistema de vigilancia de las reacciones adversas a esas vacunas.

Tenemos **algunos hechos históricos importantes**: hace más de 19 años que no se registra en Brasil ni un solo caso de parálisis infantil. Ya antes de 1980 se podían observar los impactos positivos de las acciones del PNI con su nueva estrategia, que era el «*Día Nacional de la Vacunación contra la Polio*», recomendada por la OPS, y adoptada por muchos países en todo el mundo. Esta acción permitió a Brasil no registrar ningún caso de polio desde junio de 1989, y recibir de la OMS en 1994 un certificado de erradicación de la polio, y actualmente por supuesto el PNI no está restringido a las conquistas sobre esta enfermedad.

Es visto en muchos países como un programa modelo, principalmente por ese carácter de cobertura universal y homogénea. Nosotros evaluamos periódicamente el funcionamiento, vigilando que la cobertura del programa se dé de forma homogénea en todos los municipios, porque bajo el punto de

vista del control de enfermedades inmunoprevenibles es muy importante que no haya lagunas, es decir territorios sin cobertura, ni que surjan brotes de enfermedades como poliomielitis, sarampión, etc.

Un poco más tarde, hubo una crisis en la producción de sueros antiofídicos, en 1985 hubo una falta de abastecimiento en el mercado, y la industria privada se retiró de la producción. El Butantan no consiguió asumir esa producción porque en realidad tenía entonces una calidad muy baja. Por eso tuvimos esa crisis en el Programa, donde uno de los principios básicos era reconocer que esta cuestión de los sueros y las vacunas constituía un problema de seguridad nacional, de forma que si no se asumía una política pública habría riesgos de seguridad a nivel nacional. Para ello era esencial entender a la salud como un bien que debía ser independiente de las oscilaciones políticas y de las fluctuaciones económicas.

Estaba también la necesidad de reconocer la economía que se generaría con la nacionalización de la producción de inmunobiológicos, ya que los productos no serían más importados sino producidos en el país. Esto significaba una independencia del mercado privado, e implicaba a la vez un refuerzo en el papel público, no sólo en la producción sino en la distribución, y además de eso una inversión muy grande en el desarrollo. A la vez esto representaba un interés científico y tecnológico para el país.

Todo lo anterior dio origen al **Programa Nacional de Autosuficiencia en Inmunobiológicos (PASNI)**, orientado a dotar al país de un parque industrial capaz de hacerlo independiente de cualquier importación de sueros y vacunas hasta 1990. Este ha sido el aspecto más importante por el desarrollo que ha conllevado, por la formación de recursos humanos y por la implantación de laboratorios de excelencia, uno de los cuales es el **Instituto Butantan** y el otro el **Instituto Biomanguinhos**.

El Instituto Butantan

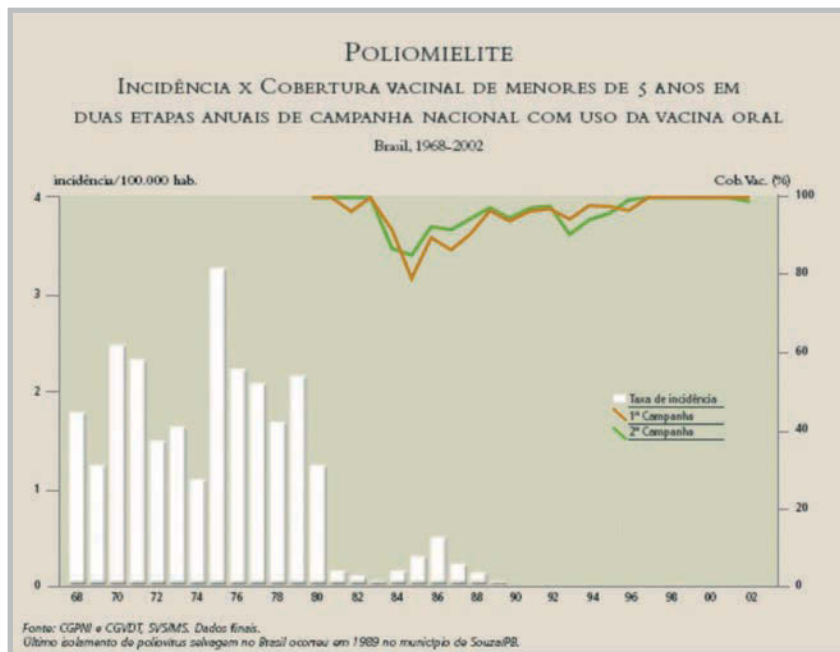
Nosotros partimos en 1990 de una producción muy baja de **sueros**, alrededor de 26.000 ampollas, y eso fue mejorando progresivamente año a año. Hoy estamos en una producción de algo más de 600.000 ampollas por año, lo cual cubre cerca del 60% de la necesidad nacional, porque el otro 40% es cubierto por otros laboratorios, como el Instituto Vital Brasil.

En el caso de las **vacunas**, hay dos aspectos importantes:

- El aumento de la producción, de tal forma que hoy atendemos al 80% de las necesidades del Programa Nacional de Inmunizaciones con vacunas producidas en Brasil. También aquí partimos de una producción muy baja en 1990, con 14,9 millones de dosis anuales, hemos llegado a más de 110 millones de dosis por año en el 2003, y hoy estamos en unos 89 millones de dosis anuales.
- La repercusión del Programa en el combate a algunas enfermedades, como por ejemplo la poliomielitis, la meningitis tuberculosa, la difteria, el tétanos y el tétanos neonatal, la coqueluche y la hepatitis B.

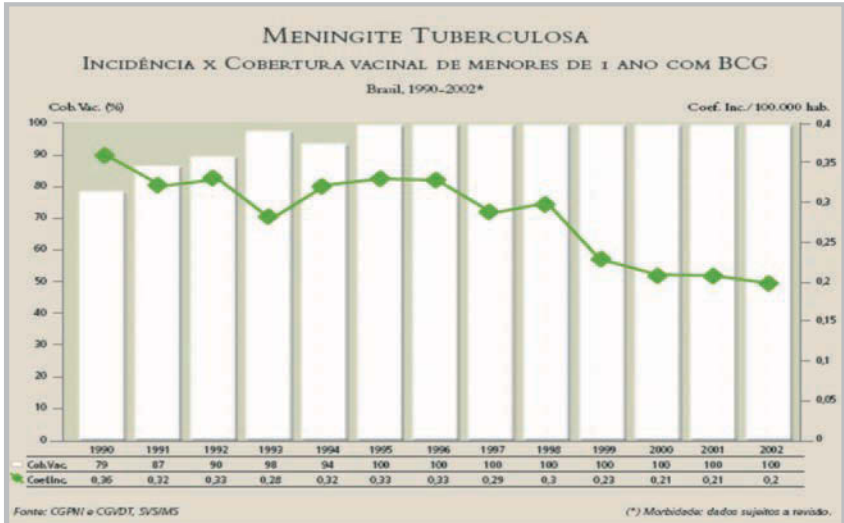
Respecto al segundo punto, la vacunación contra la **poliomielitis** se hizo en dos campañas anuales con vacuna oral en menores de 5 años, llegándose a la erradicación de esta enfermedad. Lamentablemente lo más significativo no se puede ver adecuadamente en los gráficos que traje porque las barras del gráfico que muestran la incidencia en la poliomielitis son blancas, pero lo importante es señalar que con el Programa Nacional de Inmunizaciones, la poliomielitis fue erradicada de Brasil ya en 1989, cuando se aisló por última vez el poliovirus en un caso en el Municipio de Souza.

Poliomielitis



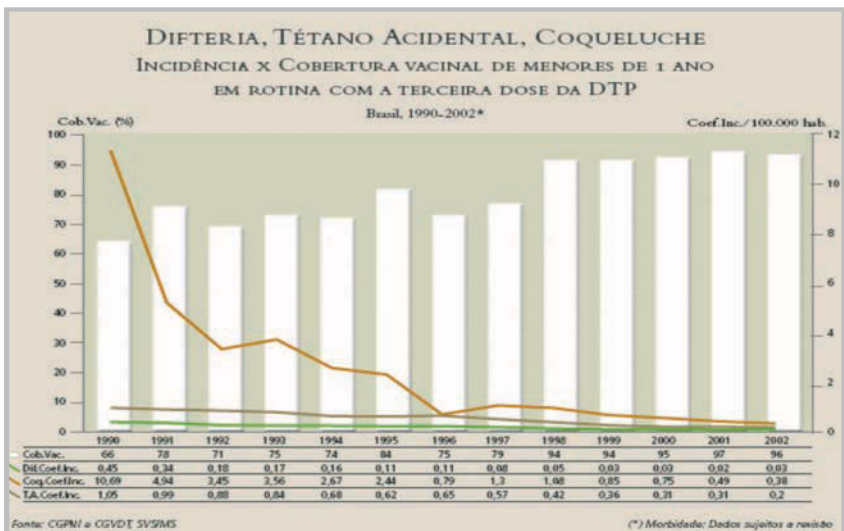
Después quiero mostrar otros gráficos que muestran el caso de la **vacunación con BCG** en menores de un año (también estas barras blancas son la cobertura de las vacunas y puede ser que no se aprecien adecuadamente). Con la BCG evaluamos el impacto sobre la **meningitis tuberculosa**, pero en verdad la BCG como se sabe tiene un impacto muy pequeño en el control de la tuberculosis, la cual depende más de un diagnóstico y un tratamiento precoz.

Meningitis tuberculosa



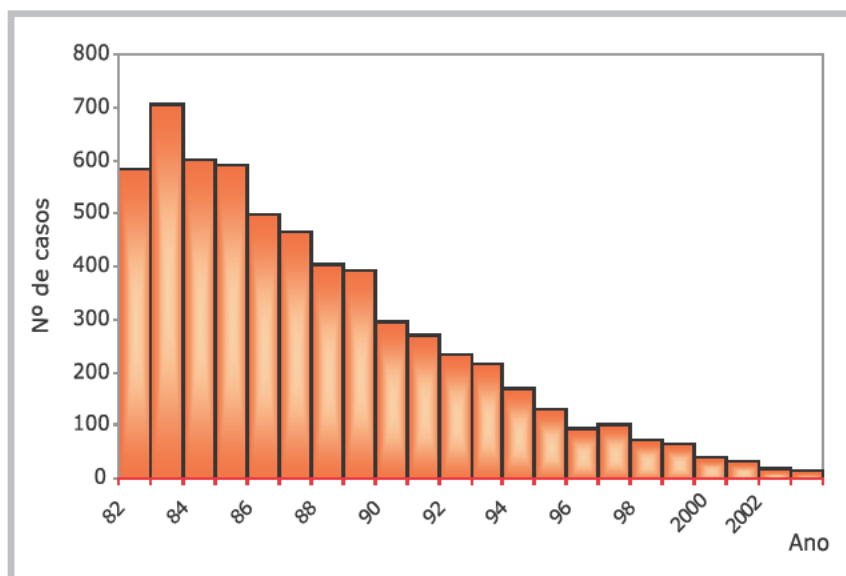
En este otro gráfico tenemos las enfermedades cubiertas por la **vacuna triple (DTP)** que son la **difteria, el tétanos accidental y la coqueluche**, donde prácticamente llevamos a 0 la incidencia de estas enfermedades en Brasil.

Difteria, tétanos accidental y coqueluche



Y respecto del **tétanos neonatal**, digamos que era un problema muy grave y en el gráfico siguiente las barras muestran el número de casos que había en Brasil. Con la vacunación nosotros conseguimos prácticamente la erradicación del tétanos neonatal en nuestro país.

Tétanos neonatal: número de casos notificados y confirmados Brasil 1982 - 2003

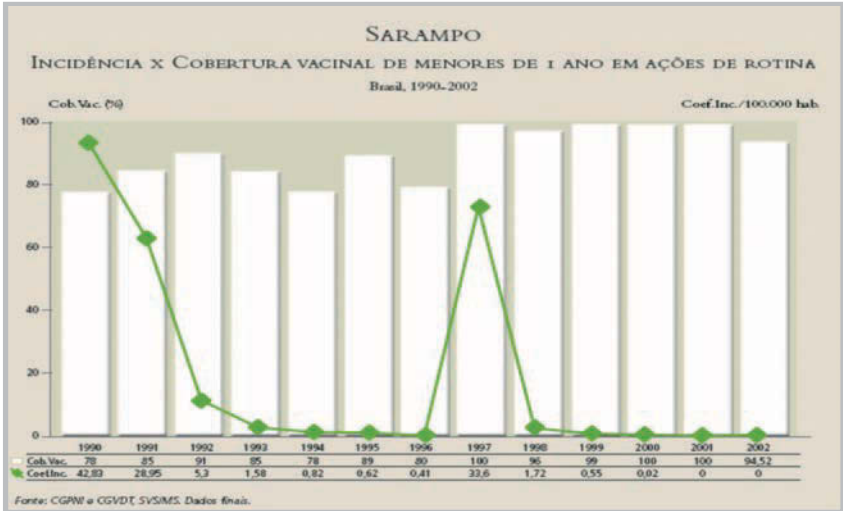


Fuente: GT-Tétano/COVEH/COVEPI/CENEPI/FUNASA/MS

* Datos preliminares hasta SE 06/2002

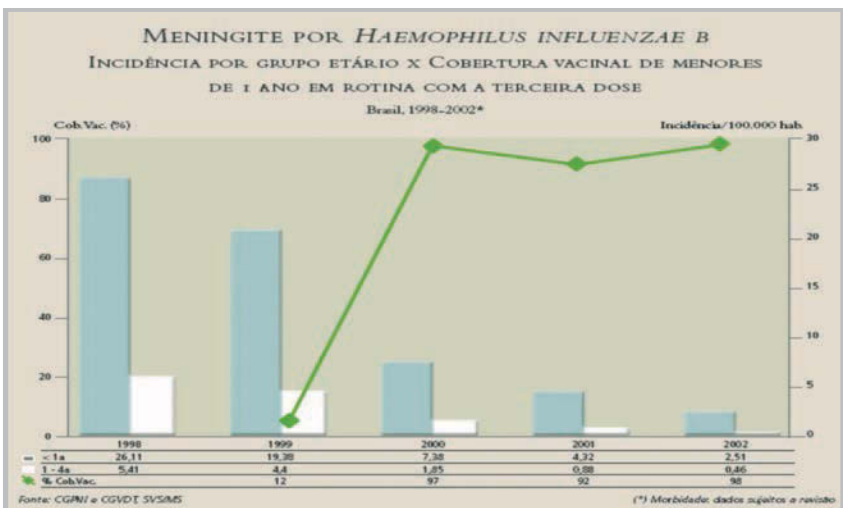
En relación al **sarampión** avanzamos rápidamente para su control y erradicación, no hemos conseguido la erradicación porque importamos sarampión incluso de Europa, los últimos casos vinieron de Alemania, y éste es un dato reciente de hace dos años atrás. Pero hoy el sarampión está en Brasil totalmente controlado con las campañas de vacunación universal.

Sarampión



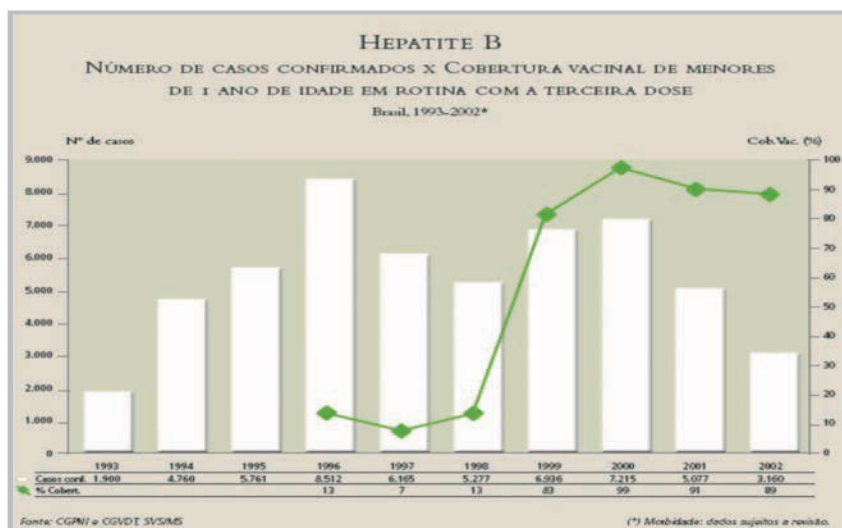
En los casos de **meningitis**, estamos hablando de meningitis producidas por *Haemophilus Influenzae B*. Nosotros comenzamos a producir recientemente *Haemophilus* por la Fundación Oswaldo Cruz, y ya se mostró una reducción en el número de casos por *Haemophilus*.

Meningitis por *Haemophilus Influenzae B*



Con relación a la **hepatitis B**, tenemos el gráfico siguiente donde las barras blancas muestran la incidencia y las verdes la cobertura de las vacunas. Y vemos que la cobertura de las vacunas varía, porque progresivamente pasamos de un grupo etéreo más joven hacia uno mayor.

Hepatitis B



¿Por qué producir?

Y ahora algunas preguntas. Y la primera de ellas es por qué el Butantan se lanzó a esta aventura de producir en un mundo extremadamente competitivo, donde la producción de vacunas es hoy controlada por 5 ó 6 grandes multinacionales. Y aquí hay que aclarar también, que esas multinacionales no tienen presencia en Brasil desde el punto de vista de la producción, tienen una presencia poco importante desde el punto de vista del mercado, y representan prácticamente nada desde el punto de vista del impacto epidemiológico. Hoy sólo unas pocas clínicas privadas utilizan vacunas importadas, con un significado de casi cero en lo que respecta al control y erradicación de enfermedades.

Y para esta pregunta de **por qué producir**, las respuestas son varias:

- En primer lugar por la adquisición de competencia tecnológica.
- En segundo lugar para buscar autonomía y autosuficiencia, para garantizar la seguridad en el suministro de productos esenciales y estratégicos para combatir epidemias y pandemias. Algunos productos constituyen cuestiones de seguridad nacional y no pueden faltar debido a los riesgos que corre la población.
- En tercer lugar porque para el Ministerio de Salud el costo se reduce y permite expandir la cobertura de la vacunación, por ejemplo, nos permite expandir la cobertura a determinadas afecciones puntuales, como es el caso de la difteria de los ancianos y la hepatitis B de los jóvenes.
- En cuarto lugar, nos permite el apoyo a los países vecinos así como a aquellos otros con los cuales tenemos relaciones especiales. Hoy tenemos un acuerdo con OPS y UNICEF para proveer productos a países menos desarrollados. Y también tenemos exportación directa.
- Por último, para formar técnicos competentes que asistan tanto a la industria veterinaria como farmacéutica.

En el cuadro siguiente se presenta de forma muy sintética cuál fue la demanda de vacunas en Brasil del 2003 al 2006, que ascendió a un total de 1164 millones. Se ve también cuánto es lo que provee Butantan, cuánto produjeron los otros y cuánto fue importado, revisándose asimismo el caso de los sueros.

Autosuficiencia Brasil 2003 - 2006

Demanda de vacunas	1.164.000.000
Producidas en el país	
Butantan	588.700.000
Otros	127.100.000
Importadas	375.200.000
Demanda de sueros	1.498.3000
Butantan	998.300
Otros	500.000

Fuente: Azevedo Mercadante, O., 2008.-

Ahora entramos en el tema de la **exportación**. Como dije antes, existe falta de vacuna de hepatitis B en el mundo. Nosotros tuvimos muchas dificultades en la producción por una serie de factores, tales como los órganos reguladores y una serie de agencias que regulan calidad y que fueron surgiendo mientras nosotros comenzábamos a producir. De hecho, la vacuna contra la hepatitis B llevó cinco años de ensayos y cerca de 5000 voluntarios para ser aprobada.

No obstante estamos ahora con una gran posibilidad de exportar principalmente la vacuna triple DTP, porque nuestra capacidad instalada es mucho mayor que la demanda brasileña. Actualmente la vacuna DPT está en falta a nivel mundial, y también nos está llevando unos cinco años para ser precalificada por la OMS.

El Butantan también es proveedor de suero antidiftérico para los gobiernos de Estados Unidos y Canadá, y de antirrábico para varios países del Norte de África, y en breve de la India.

Con respecto a la viabilidad económica y los costos, se nos preguntó hace poco sobre la viabilidad económica y conveniencia de producir una vacuna contra el HPV. Actualmente se están

haciendo estudios para ver la posibilidad de producción de esta vacuna en el Butantan, pero con seguridad sólo será fabricada si conseguimos hacerlo a un costo bastante más bajo que el de la vacuna que hoy está disponible en el mercado, porque el precio es tan alto que cuando esa vacuna llega al mercado brasileño no registra ningún impacto epidemiológico, debido a que quienes pueden comprarla son justamente las mujeres que están protegidas por sus propias condiciones de vida frente a esta enfermedad, debido a las medidas de protección sexual que ellas mismas asumen. Es decir que quienes tienen cáncer de cuello de útero son aquellas mujeres que no tienen acceso a comprar esta vacuna, y desde el punto de vista sanitario la vacuna sólo interesa cuando se puede garantizar el acceso universal.

En el siguiente cuadro tenemos el ejemplo de la viabilidad económica aplicada a algunos productos, y esos precios que figuran allí están en dólares. Digamos que estamos haciendo una vacuna triple de DTP low, en la que el componente de coqueluche tiene un tratamiento especial donde hay mucho menos reacción cuando es aplicado en niños. Esto contrasta con la vacuna que está siendo utilizada en el mundo, que es la llamada DTP acelular. Puede observarse la diferencia de precios, la DTP cuesta U\$0,15 mientras que la otra cuesta U\$8,15 la dosis.

Viabilidad económica

Butantan		OPAS	
DTP low	0.15	DTP acelular	8.15
DTP low HepB	0.89	DTP Hep B	2.90
DTP HepB Hib	2.20*	DTP Hep B.Hib	3.90
ROTAVIRUS pentav	.2.00*	ROTAVIRUS mono	7.50
Influenza c/ adjuvante	1.80*	Influenza	2.65
Estimado em 2008			
Economia/ano em DTP Hep B		140 milhões de dólares	
em rotavirus		38,5 milhões de dólares	

Fuente: Azevedo Mercadante, O., 2008.-

Avances actuales en Butantan

Pasemos ahora a ver cuáles son las cuestiones en las que estamos avanzando en el Butantan.

- Tenemos una vacuna que llamamos de **Maternidad I**, que incluye tuberculosis conjugada con la hepatitis B. Este producto ya está en fase de registro.
- Otro nuevo producto es el **surfactante pulmonar**, que es un fármaco muy importante para proteger a los niños recién nacidos, fundamentalmente los prematuros con problemas respiratorios. Este es un problema común en varios países, inclusive en Argentina. En este momento este producto está siendo importado a un costo altísimo, y nosotros ahora estamos tramitando el registro ante la ANVISA, que es el equivalente a la ANMAT de Argentina.
- Un tercer producto que estamos registrando es la **toxina botulínica**, que será usada para enfermedades neurológicas, no para fines estéticos.
- En cuarto lugar hemos registrado la **vacuna antirrábica en células VERO**, que es mucho más segura que las vacunas anteriores que eran producidas en células de ratones.
- Tenemos también algunas vacunas en ensayo para registrar en el 2009, entre ellas y en quinto lugar una nueva **vacuna no reatogénica**, que es esa vacuna **DTP low** que mencionamos antes.
- Y además tenemos **varias vacunas combinadas** que presentan la ventaja de que en una sola aplicación se consigue cubrir varias enfermedades. Se usa una única jeringa y se utiliza mucho menos tiempo. Entonces estamos trabajando con las siguientes vacunas conjugadas:
 - o Tetravalente (DTP + hepatitis B)

- o Tetravalente Hepatitis B (BUTANTAN)+ Haemophilus B (Bioman) DTP-B- Biomang
 - o Tetravalente DTP + hepatitis B - DTP-Haemophilus B (Butantan)
 - o DTP acelular (HepB Hib Salk)
- Tenemos también proyectos que aún no cuentan con registro sanitario, pero están en fase de ensayo clínico. Estamos produciendo la de **rotavirus pentavalente**, con una versión hexavalente para África, y para esto último estamos recibiendo apoyo de la Fundación PATH, que es la Fundación de Bill Gates.
- Además producimos una **vacuna contra hepatitis B para mayores de 40 años, profesionales expuestos a sangre, pacientes en diálisis renal y transplantados de riñón e hígado**, que es una modificación de la vacuna contra hepatitis B, porque es recombinante, y se realiza con tecnología de última generación que fue importada por el Instituto Butantan.
- Otra es la **vacuna contra el Necator**, que realizamos en conjunto con la Universidad George Washington y la Fundación PATH. Es una vacuna especialmente para exportación, ya que el necator es una parasitosis que constituye una endemia en varios países.
- Tenemos proyectos que están en desarrollo para ser puestos a prueba en el 2009. Entre ellos una **vacuna tetravalente para dengue**, que es una epidemia que ha causado 500.000 casos en los últimos años, generando muchas internaciones y mucho sufrimiento, y esperamos que con el apoyo del NIH de Estados Unidos podamos poner a prueba esta vacuna durante el 2009.
- También queremos hacer pruebas sobre una nueva vacuna que vamos a desarrollar pero aún no sabemos si la vamos a

producir, que **asocia la rabia canina con la leishmaniasis** (Butantan y US – IDRI). Esto tiene que ver con el hecho de que los perros son las grandes reservas de la leishmaniasis, que es una enfermedad muy importante tanto en Brasil como en otras regiones. Entonces como el Ministerio de Salud ya tiene una campaña de vacunación antirrábica anual, también universal y gratuita para los perros, vamos a incluir en esta vacuna también la leishmaniasis, previniendo su transmisión hacia los hombres.

- Finalmente estamos en esta etapa también con la **vacuna contra el neumococo celular**. Hay en el mercado una vacuna acelular que cuesta entre 40 y 50 dólares la dosis, lo que hace su aplicación en la salud pública absolutamente inviable, por lo cual estamos avanzando para hacer una producción pública de esta vacuna, en conjunto con la Universidad de Harvard y la Fundación PATH.



- Y además tenemos una **línea nueva de vacunas contra la influenza**, que es importante y nos permite prepararnos también para la eventualidad de una pandemia de gripe aviar. Estamos trabajando para esta vacuna con una planta nueva de más de 10.000 m², que va a estar en plena operación al final de este año. Ya está todo el equipamiento instalado, y está en la fase de prueba y certificación que es la que estamos haciendo ahora.

- Otro tipo de desarrollos son los que llamamos **vacunas en prospección**. Y esto tiene que ver con que el Butantan es un Instituto que tiene una diversificación de la producción donde el núcleo principal es el desarrollo, es decir la investigación. Y esto es algo que quiero resaltar en esta presentación. Porque si no se cuenta con un núcleo fuerte de investigadores, no se puede llegar a ser competitivo en la producción de vacunas en el mercado internacional. En este tipo de desarrollos tenemos las siguientes:
 - o Esquisostomiasis Mansonii, basada en el genoma establecido con la participación de Butantan.
 - o Leptospirosis, basada en el genoma establecido con la participación de Butantan.
 - o HPV, en colaboración con la Universidad de Colorado.

Finalmente tenemos todo un proyecto para producción relacionada a **hemoderivados para el 2009 - 2010**, puesto que el Butantan tiene más de 100 años de experiencia en la producción de sueros antiofídicos, que en realidad es una inmunoglobulina que viene del caballo porque se hace con el suero del plasma del caballo. Entonces nuestra experiencia está en trabajar con el fraccionamiento del plasma, por lo tanto podemos trabajar con las tecnologías más modernas, como el aislamiento de factores de coagulación, la cola quirúrgica. Los hemoderivados son casi una consecuencia de esto, aunque está claro que son una producción mucho más estratégica. Este mercado de hemoderivados es controlado por poquísimas empresas que imponen sus precios, y nosotros vamos a tener a partir del 2009 ó 2010 una línea de producción de hemoderivados en el Instituto.

Estamos haciendo una nueva fábrica de hemoderivados también de 10.000 m², y esto es un desafío muy grande porque en la producción de hemoderivados, la calidad depende de la planta. Todo, desde que se recolecta el plasma hasta la línea de



productos que vamos a producir, depende de la planta. Vamos a producir albúmina, inmunoglobulinas generales y específicas y también los factores de coagulación. De ellos se desprenden una serie de productos, por eso es fundamental contar con un núcleo fuerte de investigación. Esta fábrica es extremadamente moderna, permite la recolección de plasma y todo el procesamiento, lo cual es un desafío logístico muy difícil que tendremos que enfrentar junto al Ministerio de Salud.

Reflexiones finales

He tratado de mostrar resumidamente, todo lo que hacemos y lo que producimos en el Butantan, que llegó a ser esto que es hoy, justamente porque existe un programa nacional de inmunizaciones, un Ministerio de Salud que apoya y una decisión política de desarrollo en el Butantan.

Sólo producimos vacunas a partir de una transferencia de tecnología. No hacemos sólo la producción centrada en la etapa final y el envasado, hacemos todas las etapas, desde el inicio, y lo más importante es que siempre sea de bajo costo, donde el criterio fundamental, para producir y distribuir es epidemiológico, vale decir buscando la repercusión sobre la salud de la población.

La Experiencia Brasileña desde la Fundación para el Remedio Popular (FURP)

Dr. Ricardo Oliva

Introducción

Quiero agradecer la invitación de FEFARA y de los Colegios Farmacéuticos de la Primera y Segunda Circunscripción, y no sólo porque a nosotros los brasileños nos gusta la Argentina, en especial Buenos Aires, sino también por la posibilidad de conocer otra ciudad, lo que nos trae mucha alegría, tanto por el sol y el día bonito como por la belleza de la localidad.



FURP Planta industrial en Guarulhos, San Pablo, Brasil

Voy a hablar sobre el futuro y un poquito sobre el presente. Yo trabajo actualmente en la Fundación para el Remedio Popular (FURP), que es una industria farmacéutica situada en el

Municipio de Guarulhos, dentro de la región Metropolitana de San Pablo, más exactamente a 30 km de San Pablo. Y me pareció que una buena idea para introducir esta charla era mostrar una fotografía de la planta existente.

Es una Fundación creada en 1968, a través de la Ley 10.071/68, como una fundación de derecho privado vinculada al poder público, a la Secretaría de Estado de Salud de San Pablo, y que funcionó inicialmente como un pequeño laboratorio de manufacturación. El Superintendente de la FURP es designado por el Gobernador, pero hay un Consejo de Gestión también integrado por gente del Estado. Entonces inicialmente funcionaba como un pequeño laboratorio que en 1964 estaba dentro de la ciudad de San Pablo, y luego se construyó esta planta en 1968 siguiendo los modelos internacionales, y que es tomada como un ejemplo mundial para instituciones similares.

En la década de 1960 Brasil tenía un problema muy serio debido a una política nacionalista de no reconocer patentes, y había entonces una industria farmacéutica de muy baja calidad de producción de similares. Ésta fue una planta modelo para producir similares, que desde el primer momento cumplió con todas las Buenas Prácticas de Manufactura (GMP).

La FURP tiene como **misión estratégica** lo siguiente:

- La producción de medicamentos para el Sistema Único de Salud (SUS).
- La capacitación de recursos humanos para la producción y el control sanitario. Los técnicos de la ANVISA, de la Secretaría del Estado de San Pablo y de otros Estados son entrenados dentro de la fábrica para conocer las técnicas industriales de producción, y así poder fiscalizar el cumplimiento dentro del sector privado de los procesos productivos correctos.
- Ser referencia para el análisis de costos en la producción de medicamentos. En la medida en que participamos dentro de

un mercado competitivo, resulta fundamental la evaluación económica de la producción a partir del conocimiento de la composición de los costos.

- También sirve como referencia para las licencias compulsivas de patentes. Las licencias compulsivas de patentes es una regla del TRIPS, que puede ser un recurso al cual acuden los Estados para enfrentar emergencias sanitarias.
- Es la posibilidad que el Estado funcione, a través de políticas públicas, como inductor del proceso productivo.

La FURP no es el único productor nacional, pero sí el mayor, ya que el 70% de la producción pública de medicamentos proviene de la FURP, pero existe un laboratorio federal vinculado a Fiocruz, el Instituto Farmanguinhos, que es un laboratorio grande y en expansión. Además hay otros tres laboratorios estaduais, uno en Mina Gerais, uno en Goiás y otro en Pernambuco. Éstos son laboratorios con plantas industriales importantes, y hay otros diez o doce laboratorios de menor escala, tres de ellos de las Fuerzas Armadas, Ejército, Marina y Aeronáutica, que a pesar de no ser de gran escala, asumen una función estratégica del Gobierno. Y finalmente otros vinculados a universidades estaduais y federales.

¿Quiénes son nuestros **consumidores**?

- El Estado de San Pablo consume el 75% de nuestra producción.
- El Gobierno Federal consume un 15% y los restantes estados y municipios un 10% de nuestra capacidad productiva.
- En términos financieros, el gobierno del Estado de San Pablo es responsable por el 60%, el Gobierno Federal por el 20%, y los otros municipios y Estados por el otro 20% de los recursos. Las diferencias entre el consumo y la financiación están vinculadas al valor agregado de los consumos.

Como Institución vinculada a la asistencia farmacéutica técnica la FURP desempeña **otras actividades** además de la producción:

- Opera el programa «Dosis correcta o *«Dose certa»*, que es un nombre de fantasía para una asistencia farmacéutica básica para todos los municipios de San Pablo, que involucra el suministro regular de 65 medicamentos a los 645 municipios, y estos medicamentos están planificados en función de la población para la atención básica de la salud. De esos 65 medicamentos, 42 son de producción propia.
- Se ocupa de la logística de medicamentos - logística de almacenamiento, distribución y control de los medicamentos para la Secretaría de Salud de la provincia. Todos los productos del Programa de Planificación Familiar son comprados a laboratorios privados y distribuidos por la FURP. La asistencia farmacéutica en Brasil está muy dividida en cuanto a responsabilidades entre los gobiernos federal, estatales y municipales, y los estados reciben del Gobierno Federal un gran número de ítems. Dentro del Estado de San Pablo, nosotros los distribuimos para todos los municipios.
- Además desde hace cuatro años y buscando calificar la asistencia farmacéutica en San Pablo, operamos 21 farmacias *«Dosis certa»* dentro del Municipio de San Pablo dispensando directamente al público estos 65 ítems, y creando patrones de calidad en la asistencia farmacéutica a la población, con controles de recetas y controles de prescripción, que son realizados por la propia FURP. Esta es una gran función que asumimos de forma reciente, que califica la asistencia farmacéutica dentro del Estado de San Pablo.

La situación actual del FURP

Veamos primero **nuestra producción**. En el 2007 la planta produjo 2,18 mil millones de unidades farmacéuticas. De esta

cantidad, el 75% fue producido dentro de la propia unidad de Guarulhos, y el 25% restante fue encargado a terceros, debido a reformas y problemas en nuestra línea de producción, o por características específicas que son requerimientos del proceso productivo.

Tenemos un elenco de 82 productos que tienen registro activo, tramitado ante ANVISA. La mayoría de ellos están vinculados a la atención primaria, y también producimos medicamentos estratégicos que son los huérfanos y olvidados. Nosotros somos hoy el único productor en Brasil de estreptomina para el tratamiento de tuberculosis resistente. La producción se hace con costos subsidiados, es decir lo que el Ministerio paga a la FURP no cubre el costo de producción.

También producimos antirretrovirales que no están protegidos bajo patente, y esto introduce una diferencia en la facturación porque los antirretrovirales no son comprados por el Estado de San Pablo sino por el Ministerio de Salud, para ser distribuidos a todos los Estados y Municipios, o sea que hay productos nuestros en todos los municipios además del Estado de San Pablo. Hacemos la logística de la distribución a todos los municipios, aunque esta logística no es propia sino tercerizada.

Pero el gran peso dentro de la fábrica de Guarulhos es la atención primaria. El 80% de nuestra capacidad productiva está asociado a medicamentos para la atención primaria de la salud.

En el 2007 se recaudaron 180 millones de reales, que cubren el 100% del gasto operativo de la empresa, incluyendo tanto las actividades productivas como las no productivas. El gobierno del Estado de San Pablo tiene con la FURP un convenio por el cual nosotros nos hacemos cargo del programa «*Dosis Certa*,» mientras el Estado se hace cargo de los gastos necesarios, y además de eso hace inversiones indispensables para ampliar el proceso productivo. Eso nos permite no incorporar en los precios de venta los costos de la ampliación de nuestra capacidad

productiva, aún cuando la modernización del proceso productivo está dentro del costo operacional. Esto es muy difícil porque hay que mantener la competitividad frente a la industria privada, en un contexto de fusiones, globalización y modernización de los procesos productivos. Como nuestra fábrica no es muy moderna, se va tornando relativamente poco competitiva respecto de los mismos productos del mercado privado, y tenemos actualmente una fábrica construida en una ciudad a 250 kilómetros de San Pablo, la **Unidad de Américo Brasiliense**, cuya construcción termina a mediados de 2008 y que involucró una inversión del Estado de San Pablo de 200 millones de reales.

¿Cuáles son nuestros problemas?

Actualmente tenemos **reglas rígidas de gestión** en la unidad de Guarulhos por una serie de cuestiones legales y administrativas. La Constitución Brasileña de 1988 creó mecanismos extremadamente rígidos para las Fundaciones, aún para las de derecho privado vinculadas al sector público. Buscando crear estabilidad en el empleo, incorporó mecanismos de selección pública para su personal que si bien preservan la estabilidad, a la vez hacen casi imposible despedir al personal, lo cual da un componente de rigidez en la gestión frente a un ambiente muy competitivo. Además nuestras reglas para adquisición de materiales son muy difíciles, en especial para la producción de productos que demandan calidad específica, porque estamos obligados a tener que comprar por el menor precio dentro del mercado internacional de *commodities*. Todo esto nos ha planteado enormes dificultades relativas a la gestión de materiales, con costos administrativos y operacionales que se vieron incrementados, porque necesitamos reprocesar las materias primas provenientes de India y China en un mercado muy, muy predatorio.

Existen **reglas sanitarias con exigencias crecientes**, lo cual conlleva una demanda permanente de inversión en modernización técnica y tecnológica. Brasil desde finales de la dé-

cada del '80 y comienzos de la década del '90, ha venido asumiendo reglas de nivel internacional para la producción y control de calidad de los fármacos. Esto nos obliga a inversiones permanentes en infraestructura, tanto para producción como para laboratorio. Yo fui del Consejo Directivo de la FURP en la década del '90, y en ese entonces para comprar HPLC (Cromatografía Líquida de Alta Eficiencia) para el laboratorio sufríamos bastante. Hoy en función de los altos parámetros de control de calidad para el producto acabado, hemos adquirido más HPLC en los últimos 10 años. Yo no entiendo bien que es la HPLC pero sé que toda esta tecnología, los equipos y el instrumental especial, están allá en función de esa cuestión de la modernización tecnológica para el proceso de control.

Tenemos un **escenario nacional que apunta a la producción de genéricos**. En Brasil se incorporó una nueva legislación en 2003, que establece aproximadamente diez años de plazo para la retirada del mercado de los medicamentos similares, y hoy conviven las tres formas de producción: los productos de referencia, los productos genéricos y los productos similares. Nuestra producción apunta en ese sentido pero con dificultades, debido en gran parte a que tenemos restricciones para la adquisición de materias primas por la obligación de comprar siempre al menor precio de mercado, y necesitamos cada vez hacer nuevos estudios de biodisponibilidad, bioequivalencia y equivalencia farmacéutica. Eso resta competitividad a nuestros productos frente a aquellos que utilizan siempre la misma materia prima durante un largo período.

Nosotros somos, en nuestro carácter de industria pública, una empresa que trabaja con productos de ciclos de vida largos. Nosotros trabajamos por ejemplo con captopril a pesar de la incorporación de nuevos productos, aquellos que son «*me too*», pero si se piensa en los ciclos de vida de los productos utilizados en salud pública hoy en día, ellos son cada vez más cortos, y eso nos exige una capacidad de reacción para acomodar nuestra producción a estos cambios.

Esos son nuestros desafíos, porque como **resultado de estos condicionantes** contamos con una producción de medicamentos análogos de bajo valor agregado. Además tenemos una inversión casi cero en Investigación y Desarrollo, porque esto es lo que ocurre en toda la industria farmacéutica brasileña en la medida en que siempre trabajamos con copias para producir similares, y por lo tanto tenemos un elenco de medicamentos definidos en función de nuestra capacidad de producción, que hacen que sea imposible atender las nuevas demandas del Gobierno y del Sector público que involucran la asistencia farmacéutica.

Esta es una maqueta de nuestra nueva fábrica, aún no tenemos una fotografía aérea. La fábrica de Guarulhos tiene 40.000 m² de área construida, y esta nueva unidad, la Américo - Brasiliense tiene 25.000 m².



Nuestra fábrica, con la unidad nueva que ahora inauguramos, tiene una **capacidad de producción** de 2.500 millones de comprimidos y 40 millones de ampollas por año y emplea 1.200 funcionarios. Esto es porque nuestras principales líneas productivas aún no han sido modernizadas, y por lo tanto requieren de mucho personal trabajando alrededor de ellas. Esta nueva fábrica involucra las más modernas técnicas de produc-

ción, está organizada en tres niveles, con un área de entrada y salida de productos terminados, y funciona en dos turnos diarios durante 220 días al año, con 20 días por año de mantenimiento. Con ella vamos a duplicar nuestra capacidad de producción, y sin embargo va a emplear sólo 400 trabajadores, es decir un tercio de la cantidad de personas que hoy trabajan en la planta de Guarulhos, produciendo exactamente la misma cantidad.

Nuestro futuro

A futuro la FURP debe abastecer a la Secretaría de Estado de Salud y otros órganos públicos del SUS de medicamentos genéricos de calidad internacional, ya que en la actualidad la FURP no produce medicamentos genéricos. Brasil aún tiene un patrón internacional muy particular para la producción de genéricos, y esto deberá cambiar en los próximos años.

Además, los precios de los genéricos de la FURP deben ser compatibles o menores que aquellos practicados por el mercado.

Esto permitiría la introducción de productos de alto valor agregado a través de la Investigación y Desarrollo, que hoy no se pueden realizar en la planta de Guarulhos. En esas condiciones podríamos abastecer a las autoridades sanitarias de los medicamentos que efectivamente necesitan, y no solamente de aquellos que nosotros estamos en condiciones de producir. Así se lograría como resultado una mayor autonomía y ampliación del acceso de la población a los medicamentos esenciales, transformando productos que hoy son de alto costo en medicamentos destinados a la atención primaria. Por ejemplo, un caso interesante son los tratamientos para la hipertensión de dosis fijas combinadas. Todos los cardiólogos de Brasil los piden, pero no obstante nosotros no los producimos en función de los costos, y también porque el Gobierno no lo asumió dentro de su política de asistencia farmacéutica.

La planta va a tener que operar con una mayor eficiencia administrativa, principalmente en la contratación de personal y en la actualización tecnológica. El gobierno ya invirtió en la planta 200 millones de reales, y la misma estará terminada en Diciembre de este año. Pero para estar operativa cumpliendo con todas las habilitaciones requerirá entre un año y medio o dos años más, por lo tanto se está intentando que esas inversiones no sean realizadas con recursos del Tesoro del Estado de San Pablo, ni por la FURP.

Ahora bien, para alcanzar estos objetivos de obtener nuevos productos en plazos cortos de tiempo, que el gobierno no haga inversiones para ello y que se logre de forma competitiva con el mercado, pero al mismo tiempo sin pelear contra el mercado, **precisamos romper algunos paradigmas vigentes.**

¿Y cuáles son los paradigmas de hoy?

Hay un primer paradigma relacionado a la **Ciencia y Tecnología**

En este aspecto hoy, al menos en Brasil, se asume que en I&D hay políticas correctas y políticas incorrectas. La política de investigación correcta sería aquella establecida por las universidades y por las instituciones que promueven la investigación básica. Y por otro lado hay una política y una investigación incorrectas que están vinculadas al sector productivo con fines de lucro. Esto ha cambiado un poquito, y las mismas entidades que promueven la investigación comienzan a buscar instrumentos que articulen las investigaciones de la industria con las universidades, pero ello es aún muy incipiente.

Existe también un paradigma que distingue al interés público del interés privado, estableciendo que mientras el interés público es siempre social, el privado siempre es de lucro. Y esto va en paralelo a establecer la carrera versus las ganancias individuales.

Existe un foco en el paciente y un foco en la enfermedad. Mientras que la industria trabaja con el foco en el paciente, nosotros intentamos trabajar con el foco en la enfermedad, centrándonos en la gestión de la asistencia farmacéutica, buscando la reducción de daños y el control de las enfermedades. Esto es fácilmente comprensible en el caso de las vacunas, pero no es tan fácilmente comprendido cuando se trabaja con medicamentos.

Y finalmente en ciencia y tecnología hay que romper el paradigma del lucro rápido versus la sustentabilidad a largo plazo. Nosotros buscamos productos que tengan un ciclo de vida largo aunque generen bajas ganancias, pero al menos tratando que lo hagan por un largo período de tiempo.

Y para romper estos paradigmas, hace falta que el sector público y el sector privado trabajen juntos. Para esto se deberán superar las idiosincrasias de cada uno de ellos, asumiendo que es posible conseguir el lucro y atender los intereses sociales, que es posible tener investigaciones bien realizadas dentro del sector productivo con interés social y en conjunto con las universidades, y que es posible que la industria piense en la enfermedad y no sólo en el paciente.

El segundo gran paradigma es el paradigma de la **gestión pública** de que lo mejor es lo más barato. Esto rige en Brasil, por lo menos a partir de la idea que todos los problemas son generados por la corrupción del sector público, y hace que el foco esté puesto en los procesos y no en los resultados. Nos exigen entonces tener procesos de compra totalmente regulados y auditados, en donde tenemos que demostrar que compramos sin gastar más allá de lo necesario, independientemente de los resultados. En consecuencia tenemos que reprocesar los materiales que compramos, y eso hace que el costo final resulte mucho mayor, porque la materia prima comprada no satisface las necesidades y no responde a las máquinas que tenemos.

Además de eso tenemos dentro de la asistencia a la salud un paradigma muy medicalizado, que se centra en la asistencia a los enfermos más que en la salud. Tenemos que pensar una fábrica del sector público en la cual debemos pensar más en las enfermedades que en los enfermo, y más en los desafíos de la salud que en atender las necesidades individuales de las personas.

Entonces, como gestores públicos debemos hacer un futuro en el cual se logre el equilibrio entre la asistencia a la enfermedad y la prevención y promoción; en que la mayor rentabilidad se centre en los resultados y no en la evaluación de los procesos, y lograr tener una rendición de cuentas que sea socialmente reconocida y no formalmente válida por los mecanismos de auditoría del Estado. Todo eso tenemos que lograrlo con transparencia en la gestión pública, y con una participación social efectiva y consistente, que garantice la sustentabilidad política a mediano y largo plazo.

Un tercer punto es romper paradigmas en el **sector productivo**, donde hoy prima el concepto de que sólo se trabaja en aquello que es mejor para el individuo, con el foco en los productos (*blockbusters*), por el cual por ejemplo se estimula la adhesión al tratamiento tomando el medicamento una sola vez por día, aún cuando esto cueste 10 veces más caro, sin agregar valor al producto más que «el valor superficial» del interés individual.

Es preciso cambiar el foco puesto en el consumidor individual y orientarlo al interés colectivo, y dejar de considerar que los productos son más importantes que las enfermedades. Es muy interesante leer el libro «*El medicamento nuestro de cada día*», que demuestra eso claramente. Todos los farmacéuticos saben lo que significa crear una demanda por un determinado producto, y de hecho todos los farmacéuticos que se enfrentan con esa cuestión saben lo que significa generar una demanda porque tengo un determinado producto. Y finalmente y en rela-

ción con este paradigma del sector productivo, está la necesidad de romper con aquello que ya dijimos, y que es la sustentabilidad versus el lucro rápido.

El nuevo paradigma significa que lo mejor debe ser para todos, o sea productos de buena calidad de interés común, tanto privado como público, y con sustentabilidad de largo plazo.

Finalmente se deben romper paradigmas que tienen que ver con la **sociedad**.

Esto tiene que ver en Brasil con un paradigma muy nacional, en función de cambios recientes en el Sistema Único de Salud. Existe el paradigma de que la salud es un deber del Estado y un derecho del ciudadano. Eso nos impulsa a dar lo que cada ciudadano quiere en cada momento, e implica también un cierto paternalismo estatal donde la persona se preocupa poco por cuidar de su propia salud, y se confronta el interés del individuo versus el interés colectivo. Y por lo tanto se ve la salud como un bien de consumo individual, en lugar de entender que la salud individual es un bien, pero la salud como un bien de todos es mayor que la salud como un bien individual.

El desafío es romper este paradigma de nuestra sociedad, y a futuro entender que la salud es en realidad un derecho pero también un deber de todos y no sólo un deber del Estado, y eso exige mayor responsabilidad individual con relación a los estilos de vida. Por ejemplo, yo soy fumador y no demando al Estado para que cubra mi antidepresivo o mi sustituto de nicotina, etc. Y yo tengo absoluta seguridad que si dejo de fumar, no debo exigírselo al Estado porque el Estado no tiene responsabilidad sobre mi destino individual. Sin embargo, eso es exigido hoy al SUS, y éste intenta dar respuesta a estas demandas.

Expectativas futuras

¿Qué es lo que esperamos en el nuevo contexto?

Esperamos flexibilidad de gestión, una alianza con el Estado para la producción y la transferencia tecnológica, con una inversión significativa en Investigación y Desarrollo y con una garantía de modernización constante y sustentabilidad financiera.

Ya tenemos listo un modelo de licitación para **establecer una sociedad público privada**, cuyo objetivo será la instalación, operación y mantenimiento de la planta fabril de Américo Brasiliense, incluyendo la construcción de un laboratorio de desarrollo farmacotécnico, ampliación de la capacidad de producción, validación de la planta, contratación de personal, implantación de sistemas gerenciales, operacionales y productivos, obtención de las autorizaciones y habilitaciones sanitarias, desarrollo farmacotécnico de nuevos productos y obtención de registros junto a la ANVISA.

En esta sociedad público privada esperamos que las **obligaciones** se dividan entre ambas partes conforme a lo siguiente:

➤ **Principales Obligaciones de la FURP**

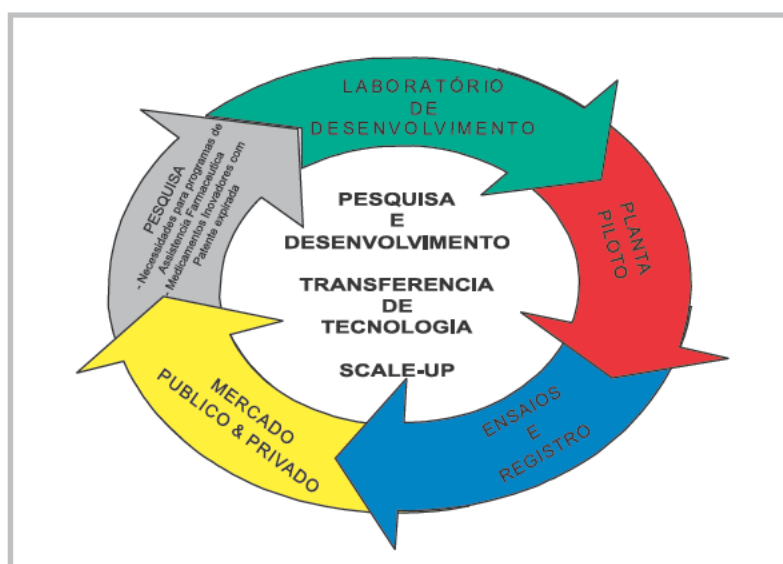
- Transferir y garantizar los servicios productivos de la fábrica.
- Establecer el elenco de nuevos productos (registro) y cuantitativo de demanda de producción de productos de interés de salud pública.
- Definir productos de interés futuro para I&D

➤ **Principales Obligaciones del Socio Privado:**

- Realizar inversiones para la adaptación constructiva y operación de la unidad fabril

- Suministrar a la FURP los fármacos producidos, en las cantidades y en los precios adecuados
- Suministrar a la FURP los fármacos producidos, en las cantidades y en los precios adecuados
- Realizar inversiones para instalación de una planta piloto para desarrollo. (I&D)
- Transferir tecnología

Ciclo de Desarrollo - De la Investigación al Mercado -

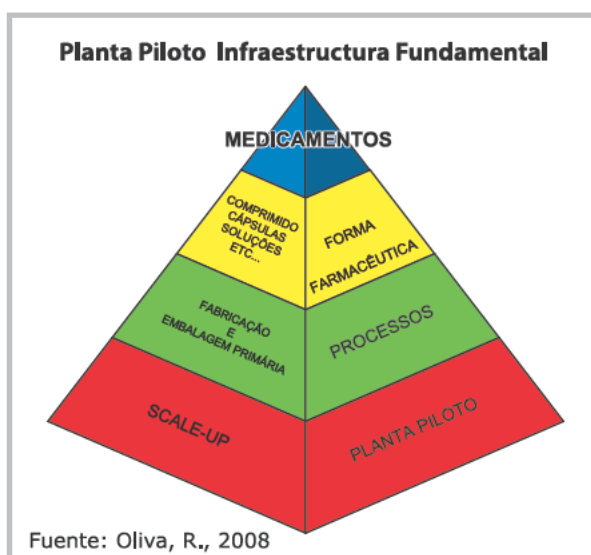


Fuente: Oliva, R., 2008.-

De esta forma se cierra todo el ciclo, desde la investigación al mercado.

Entonces venimos de estas características de forma de producción, que vienen del siglo XIX en el Instituto Butantan, y

queremos llegar al nuevo modelo del siglo XXI, que va desde la investigación al mercado en el área de fármacos, con una planta que no sólo sea piloto, sino también pueda tener la planta productiva propiamente dicha.



Hicimos un diseño técnico, con un elenco de medicamentos propuesto que incluye 90 moléculas y 130 productos (todos ellos genéricos), con inversión de 180 millones de reales del sector privado, de los cuales 1/3 es para completar la infraestructura (que ya fue concretada), y los otros 2/3 de la inversión durante un período de dos años son para la elaboración de producción de lotes piloto, efectivización de los registros y precomercialización. Esto significa otros 180 millones además de los 200 que ya había mencionado.

Mencionemos sintéticamente cuáles serán las **características futuras o resultados de la producción de la Unidad Américo Brasileña:**

- Los medicamentos genéricos serán de calidad internacional.

- Será un elenco de medicamentos de mucho más valor agregado.
- Se podrá realizar una actualización constante del elenco de productos, en función no sólo de las características del proceso productivo, sino de la base del conocimiento existente.
- El elenco de medicamentos será definido en función de las demandas del sector público y no de la capacidad de producción.

Y para concluir digamos que todo eso ya está modelizado y está estudiado como una fábrica virtual, y la semana pasada hemos entregado al Gabinete del Gobernador una propuesta de pliegos que permiten comparar entre el menor precio y aquello que la Secretaría paga, logrando una competitividad media de 35% en cada producto a ser concretada en los próximos 5 años.

La industria privada paulista conoce esto y participaron en algún momento de la elaboración de este proyecto. Ya han manifestado su interés, de modo que existe la viabilidad técnica y política de la industria privada paulista en esta asociación a largo plazo con el Estado de San Pablo.

Comentarios

Dr. Gustavo Ríos

Producción pública de vacunas en el ámbito nacional

Muchas gracias a los organizadores por la invitación a participar, aunque permítanme decirles que al Dr. Gollan y a mí nos ha tocado un lugar bastante incómodo de la agenda, en el sentido de caer justito antes del ansiado almuerzo. Y esta difícil posición hace que por lo menos por mi parte, trate de ser lo más conciso posible siguiendo dos líneas de exposición: primero tratar de mostrar de una manera muy general cuál es la capacidad real instalada en Argentina en el tema de producción de vacunas, y luego tomar algunos de los datos que los compañeros de Brasil introdujeron en sus presentaciones, para postular algunas ideas que abran la discusión en torno al tema de producción de vacunas.

Pero quiero puntualizar un pedido para los organizadores, acaso una pretensión bastante individual, y es que creo que el proceso de integración Brasil Argentina en el territorio de políticas de salud, particularmente en el tema de medicamentos y en este caso en el tema de vacunas, amerita una jornada de discusión de dos días donde se puedan plantear efectivamente las capacidades con todos los actores involucrados.

Desde hace poco más de seis años soy Director con rango de Interventor en la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud Dr. Carlos G. Malbran (ANLIS). Éste es un organismo del Ministerio de Salud que agrupa y conduce a once institutos nacionales, dentro de los cuales están al menos cuatro

que tienen competencia directa en términos de producción de vacunas. Uno de ellos es la herencia de la capacidad productiva del ex Instituto Malbran, que como tal hoy ya no existe, otro es el Instituto Maiztegui de Pergamino, única planta pública de producción de vacunas virales aprobada por ANMAT, el otro es el Instituto Nacional de Parasitología Dr. Mario Fatala Chaben, el prestigioso instituto de investigación, desarrollo, tratamiento y producción en Chagas, con una importante capacidad productiva en materia de reactivos de diagnósticos. Y también otro de los lugares vinculados al tema de producción es el Centro Nacional de Control de Calidad de Biológicos, otro desprendimiento del ex Instituto Malbran, cuya misión primaria es el control de calidad de vacunas, inmunoterapéuticos y reactivos para el diagnóstico, a ser utilizados en el país para la prevención, terapéutica y diagnóstico de enfermedades infecciosas coordinando acciones con la ANMAT, con una experiencia consolidada en este trabajo desde hace ya muchos años.

En el ANLIS somos un organismo nacional alcanzado por el marco regulatorio del Estado Nacional, con lo que esto significa desde los dos aspectos que se pueda analizar: por un lado ser una herramienta de políticas públicas por mandato directo, y esto es una cosa que no debe perderse de vista, y en segundo lugar estar fuertemente atravesados por la dinámica de decisión propia del sector público en Argentina. Los compañeros de Brasil establecieron algunas posiciones respecto a lo que significa la gestión del Instituto de Producción, en éste ámbito se comentó que dentro del marco de análisis del Programa Nacional de Producción Pública sí existe el análisis de la problemática de gestión, y en estos temas eso no es algo menor.

En cuanto a productores públicos en el ámbito de biológicos en la Argentina existen con capacidades reales dos Institutos más: una dependencia del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires, el Instituto Biológico de La Plata, y otro que es el Instituto de Hemoderivados dependiente de la Universidad de Córdoba. Por su lado, en el sector privado se da una realidad

bastante similar a la descrita en el caso de Brasil, es decir no hay presencia en la Argentina de los grandes productores de vacunas del mundo, salvo el caso de SANOFI, que produce en el complejo industrial de Pilar un componente de una vacuna, pero que no genera ningún producto farmacéutico terminado como tal en el país. Y en lo que hace a los laboratorios de capitales nacionales, hay solamente dos que están en condiciones reales de poder posicionarse como productores de vacunas.

Esta descripción de lo que es la realidad argentina, creo que tiene que ajustarse con el siguiente criterio, que es ponerla en términos de cantidad de dosis producidas. Entre la capacidad productiva del instituto Butantan y del Instituto Bio-Manguinhos, que son dos productores públicos brasileños, suman alrededor de 300 millones de dosis anuales, todo el programa de inmunizaciones de la Argentina, aún en campañas como la del año pasado o la de éste, donde hay líneas específicas o de trabajos de refuerzos, como lo que comentaba el ministro de salud de Santa Fe en relación a la campaña de rubéola, no se alcanza ni siquiera el 10% de ésa totalidad de producción. Y en el territorio de producción de vacunas hay que tener en cuenta que los costos de producción son costos fijos altamente dependientes de la capacidad tecnológica instalada, con lo cual estamos frente a un escenario que necesita un detalle en su análisis respecto de la real factibilidad de avanzar en estos temas, que realmente son todo un desafío.

Sin dudas, entendemos que las estrategias de integración regional constituyen una herramienta fundamental para darle respuesta a esta problemática. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, particularmente a través de los distintos Institutos del ANLIS, desde hace varios años se está llevando adelante un trabajo de integración fuerte con otros institutos públicos productores biológicos, no solamente de vacunas. En la Región hay un trabajo colaborativo fuerte desde hace varios años con el instituto Bio-Manguinhos, que en este último tiempo se ha focalizado en la posibilidad de una transferencia tecnológica de

vacuna contra la fiebre amarilla para Argentina. Hay un trabajo que se está consolidando con el instituto Butantan, particularmente en el área de sueros terapéuticos y en el área de vacuna antirrábica, inicialmente con un trabajo de capacitación de los recursos humanos nacionales. También existen contactos fuertes con los otros productores que están avanzando fuertemente en la Región, principalmente el Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel (INHRR) de Venezuela, país que también ha hecho inversiones muy importantes en este último tiempo, para dotar a la capacidad pública con lo necesario para poder jugar en serio en lo que significa este escenario de producción de vacunas.

Particularmente desde ANLIS, como herramienta de ejecución de las políticas del Ministerio de Salud estamos en una serie de desafíos. Comentaba lo de la utilización y la ampliación de la capacidad productiva de la planta de producción de vacunas virales del Instituto Maiztegui de Pergamino, estamos además en conjunto con la Universidad de La Plata, y con el laboratorio Bio, laboratorio privado nacional en un proyecto de áreas estratégicas de producción de vacuna triple bacteriana con la introducción del componente pertussis regional, algo que introduce un salto de calidad respecto a la utilización de la vacuna triple que se hace en los otros productores mundiales. Y hay además varios proyectos de integración con otros actores, tanto de los institutos de investigación y desarrollo del sector universitario, y aquí particularmente podría citar el que estamos desarrollando con la Universidad del Litoral y se coordina en conjunto con técnicos del ANLIS, y con otros actores del sistema productivo en el área de biológicos del sector privado, con desarrollos en conjunto en el área de reactivos.

Comentarios de las disertaciones de la Mesa

Dr. Gustavo Ríos

Como comentarios en relación a las presentaciones, quiero destacar fundamentalmente dos de los conceptos del Dr. Azevedo Mercadante: el primero, de la referencia que él hizo a programas nacionales y autosuficiencia en inmunobiológicos, porque en esto Brasil está cerca de cumplir 20 años, y a pesar de existir un programa, una decisión política y una fuerte inversión en ese sentido, en este momento están cercanos a cubrir el 80% de la necesidad del país. En la Argentina estamos en un proceso que sigue esta evolución, por ejemplo a partir de la creación del Programa Nacional de Producción Pública se introduce el tema y empieza a producirse en Argentina. Estos hitos de política pública, en el caso de los brasileños ya tienen algunos años. Y lo de la consolidación del Sistema Único de Salud, que éste año festeja y conmemora sus 20 años, tiene que ver con lo que el ministro de salud de Santa Fe mencionaba anteriormente, respecto de la integración de los sistemas de salud de las distintas provincias en un sistema único nacional.

¿A qué apunta este comentario? La definición de las políticas públicas son definiciones de índole normativa, son definiciones de índole política y son definiciones de índole presupuestaria, que tienen que ser acompañadas por procesos de sustentabilidad que surgen de la validación social de la política pública. Y creo que en el territorio del medicamento, y particularmente en el territorio de las vacunas, este es un escenario posible sobre todo en los últimos años, donde en la Argentina hemos rescatado el valor del Estado como constructor y como

garante de los derechos fundamentales de cada uno de los ciudadanos.

El segundo comentario que quería hacer es respecto a la pregunta de por qué producir, es decir, si producir o no que se hacía el Dr. Mercadante. La respuesta es un sí, y creo que en la Argentina ya desde hace algunos años venimos trabajando por lo menos para cumplir tres de las cuatro respuestas que él planteaba.

La primera es la instalación en la Argentina de las competencias tecnológicas. La segunda es la posibilidad de autosuficiencia para la producción de productos estratégicos, y en este sentido no puedo dejar pasar lo que ha sido uno de los hitos más significativos en los últimos años de la producción pública en la Argentina, que es la consolidación de la capacidad productiva para garantizar la provisión de vacuna candid #1, producida en Argentina contra la Fiebre Hemorrágica Argentina. Esto es un hecho meritorio y que hoy es una realidad: una vacuna registrada ante ANMAT, que está en condiciones de garantizar estándares de calidad que son los exigidos en el mercado internacional.

Lo que por la magnitud de la producción en la Argentina es algo que efectivamente tiene que discutirse, es que los costos de producción mejoren los costos de venta de los productos que el mercado internacional ofrece. Es muy difícil con las necesidades argentinas de vacunas competir en términos de costos con los precios de los productos por ejemplo generados en la India, donde los ciclos de producción de algunas vacunas superan la totalidad de la necesidad del conjunto de las vacunas en la Argentina. Lo que no quita que la producción tenga que hacerse en un escenario de eficiencia, eficacia y de garantía de calidad de productos.

Y finalmente el tercer criterio con el que sí estamos trabajando fuertemente en la Argentina, es desde la posibilidad de

generar asistencia a países vecinos, entendiendo que las problemáticas sanitarias de la Región son comunes, y que hay países que tenemos condiciones de liderazgo, como en el caso de Argentina, en cuanto la fortaleza de su sistema científico tecnológico y a la fortaleza y a la calificación de los recursos humanos que existen en nuestro país, que genera capacidades de respuesta para las problemáticas sanitarias comunes. Digamos que este es el caso de la rabia, de la fiebre amarilla, de la leishmaniasis o del Chagas, que creo que son suficiente ejemplo de problemas comunes a los cuales tenemos que encontrarle respuestas integrales y comunes.

Finalmente, aunque viendo los papeles que el doctor Gollan tiene en la mano no voy a profundizar en esto, digamos que el proceso de integración que Brasil y Argentina tienen en el ámbito del Mercosur se encuentra en este momento transitando su etapa de consolidación, y se está dando una posibilidad estratégica enorme a la producción pública nacional. E insisto que esto se da particularmente en el campo de vacunas, para lograr niveles de desarrollo tecnológico y productivo conforme a los requerimientos del escenario internacional.

El último comentario está justamente relacionado con el escenario internacional: los condicionamientos de buenas prácticas de manufactura y las líneas principales de financiamiento para la producción de vacunas, obviamente responden a lógicas del mercado que no necesariamente responden a las necesidades sanitarias. En este sentido la imposición internacional de calificar estándares de calidad progresivamente más altos, tecnológicamente muchas veces no justificados, y ajustado esto a la lógica de la política patentaria de los países más desarrollados, establecen para los países de la Región un desafío muy particular.

El caso que quiero citar concretamente tiene que ver con que no existe la posibilidad de que ningún pool, ningún productor nacional forme parte de los circuitos de provisión de vacunas

a través de los fondos internacionales, llámese OPS, UNICEF o distintas fundaciones que contribuyan fuertemente al financiamiento de las vacunas, sin haber estado previamente precalificado por la OMS. Es interesante leer en la construcción de los documentos de precalificación de la OMS quiénes son los actores involucrados, para saber cuáles son las condiciones. Condiciones que difícilmente los laboratorios públicos en la Región alguna vez alcancen para poder competir en serio con el mercado internacional.

Dr. Daniel Gollan

La visión desde la ANMAT

Lo primero es agradecer a los organizadores, y lo segundo decirles que no desesperen, que todos estos papeles que hay delante de mí no van a ser leídos ni mucho menos, sobre todo en atención al riesgo de hipoglucemia que muchos deben tener a esta altura... O sea que vamos a resumir en forma muy sintética la visión de la ANMAT. Gustavo Ríos recién explicaba más o menos lo que es la ANLIS, porque posiblemente algunos no conozcan a este ente, mi caso es más sencillo porque creo que a la ANMAT la conocen prácticamente todos, así que no es necesario explicar qué es o qué hace.

Básicamente el tema clave que nos atañe, que yo lo estaba tomando muy en cuenta y que recién lo planteaba Gustavo Ríos, es este tema de la escala de mercado, es decir de cómo encarar este problema del calado en la Argentina. Digamos que desde la gestión de la Licenciada Graciela Ocaña se han perfilado dentro del área de regulación una serie de políticas que van en el mismo sentido, y están direccionadas a garantizar, a profundizar y a estimular la integración de nuestro mercado en el mercado latinoamericano, que sí es un mercado interesante, y que en forma combinada y articulada entre los distintos países, puede llegar a ser una solución a este tema de la invasión de los productos importados, sobre todo los que vienen de lugares como India o China.

En ese sentido, desde hace unos seis meses ha tomado un ritmo yo diría casi vertiginoso toda la temática de compatibilización entre las dos agencias de regulación, es decir ANMAT de Argentina y ANVISA de Brasil. Y tanto es así, que en los grupos de

trabajo técnico que tienen como misión ir armonizando todo lo que hace al sistema de regulación de los dos países, estamos teniendo reuniones prácticamente mensuales y reuniones por teleconferencia muy frecuentes. Esto con el objetivo de allanar el camino, e ir construyendo tomando en cuenta los aspectos de la regulación que de alguna manera dependen de esa necesidad del mercado. Y la trascendencia que tiene esto es que no nos quedamos en el esbozo, porque hace mucho que en términos de la relación bilateral y en términos del Mercosur se vienen proponiendo este tipo de acciones, pero realmente se habían concretado pocas. Algunas de las cosas que se concretaron luego que estuvieran reunidos los dos presidentes, son el fortalecimiento de las Farmacopeas Argentina y Brasileña, y el desarrollo combinado del programa de sustancias de referencia.

Lo anterior está en un marco de otros siete puntos vinculados a fiscalización y cadenas de comercialización, biodisponibilidad y bioequivalencia y biosecciones. La Farmacopea Regional incluye la armonización del registro para medicamentos de síntesis, vacunas y fitoterápicos, y la fiscalización y control de empresas de productos farmoquímicos. Esta comisión también está trabajando sobre la simplificación de procedimientos de autorización de nuevos medicamentos y de productos médicos, y también hay otras comisiones que están trabajando intensamente y que ya han logrado avances sustanciales.

Todo este avance se ha logrado cambiando el paradigma de cómo hay que trabajar. Antes trabajábamos pensando que teníamos que armonizar todo, y como era imposible armonizarlo todo, entonces no armonizábamos nada. Se puede decir que ahora el criterio es avanzar sobre aquello que es compatible, y trabajar más a mediano plazo con aquello que es más complicado.

Por ejemplo en aquellas áreas donde ya tenemos una armonización sencilla y rápida nos pusimos a trabajar, y en los próximos dos o tres meses se van a tener resultados en las que

son más fáciles de armonizar o compatibilizar, allí ya hay buenos avances y se van a lograr poner nuevas áreas en común. Y en todo caso, hay que considerar que las más complicadas, que son las que parten de normativas diferentes, no son más de un 25 o 30% del total, o sea que el panorama es realmente alentador. O sea que el criterio es avanzar en lo que es más compatible, y trabajar más a mediano plazo en aquello que es más complicado.

Esto tiene una relevancia sustancial hacia el interior de nuestros países, y veamos por qué. Por ejemplo; se terminó y ya está operativo el sistema de reconocimientos en el ámbito de los cosméticos. No es el área específicamente nuestra, pero eso se consiguió en el lapso de tres meses y ya está operativo, ya se combinó.

Y particularmente en lo que hace a nuestro rol, más vinculado al tema de medicamentos, un tema que es absolutamente estratégico y en el que se está avanzando fuertemente es el tema de la Farmacopea Argentina Brasileña. Tenemos niveles de compatibilidad muy altos, los argentinos tenemos que decir con orgullo que nuestra Farmacopea es una de las cinco mejores farmacopeas a nivel mundial, y ya próximamente estaremos sancionando la octava edición (por una ley ya entrada en el Congreso). Y esta octava edición que va a ser sancionada por ley de la Nación, va a tener una nueva característica, y es que va a permitir que por resolución ministerial las sucesivas ediciones se sigan actualizando. Ahora estamos sacando la octava, y prácticamente tenemos lista para hacer el año que viene la novena edición, y esto es realmente muy vertiginoso.

Pero lo importante es que lo estamos haciendo en conjunto con Brasil y que en la última reunión en México de la red PARF (Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica), y junto con la OPS, se ha planteado en el grupo que reúne a las siete agencias de regulación latinoamericanas reconocidas, avanzar hacia la Farmacopea Regional. Éste es un

tema absolutamente estratégico, y digamos que no ha caído muy bien en algunas otras agencias al norte del Río Grande, pero realmente nos parece absolutamente trascendental que se construya una Farmacopea Regional Latinoamericana, y esto va vinculado al otro proyecto que está en marcha y que es el Programa Nacional de Desarrollo de Sustancias de Referencia, que para nosotros en realidad es el Programa Regional, porque lo haremos junto con Brasil.

Como se sabe, nosotros como INAME tenemos actualmente 84 sustancias de referencia, con una novedad y es que ya hemos desarrollado las primeras cuatro vinculadas a drogas base desarrolladas en la Argentina. Para acelerar ese proceso de crecimiento, el 20 de octubre junto con la reunión de todos los decanos de facultades de farmacia y bioquímica, estamos lanzando con seis universidades nacionales el Interlaboratorio, para apresurar el proceso de desarrollo de las sustancias de referencia. Nuestros objetivos incluyen llegar al 2011 con entre 150 y 200 sustancias de referencia del lado argentino, y otro tanto lado brasileño, absolutamente compatibilizadas con procedimientos estándares armonizados entre los dos países.

Esto tiene un impacto social, económico y de soberanía espectacular. Si abren nuestra página web, van a ver que nosotros ofrecemos las sustancias de referencia en un costo que va entre 90 y 120 pesos y las USP (*U.S. Pharmacopeia*) van entre 300 y 1000 dólares. Y esto ha sido ofrecido también al conjunto de agencias de regulación de Latinoamérica, como un servicio de nuestros dos países, Brasil y Argentina, para que puedan utilizar nuestras sustancias de referencia, las que tenemos más las que vayamos desarrollando en función a un criterio de salud pública, y no un criterio parapatentario. Vale comentar que esto no ha caído muy bien en algunos sectores, y eso quiere decir que vamos por el buen camino.

Finalmente, huelga decir que sería demasiado extenso referir o desarrollar todas las actividades que estamos llevando

adelante las dos agencias, y que van generando un marco y un escenario diferentes para el desarrollo de la industria farmacológica y farmacéutica en nuestra Región, sin perder en ningún momento de vista que la principal guía de esta actividad para ambas agencias regulatorias, tanto de Argentina como de Brasil es la salud pública.

Esto lo hacemos con un concepto de Salud Pública. Porque si bien adherimos y creemos fervientemente en todo lo que se ha dicho aquí respecto a la articulación pública y privada, pero nuestro principal rol como agencia de regulación es facilitar y apoyar a las políticas del Ministerio de Salud, en cuanto a proveer a nuestra poblaciones de medicamentos accesibles y de excelencia.

Comentarios Finales

Coordinador: Dr. Javier Lottersberger

Sinceramente, poco se puede agregar después de las excelentes disertaciones y comentarios de esta Mesa. Me limitaré entonces a cerrar dos o tres ideas que me parecen centrales. Una es que la investigación y la producción a nivel público o a nivel mixto lleva tiempo y es común que atraviese gobiernos, así que requiere de decisiones políticas fuertes. Por ahí eso es lo que pasó en Brasil hace más de 30 ó 40 años, y creo que en el país estos últimos años estamos en el buen camino en este aspecto, y los actores que tienen que participar de esto están realmente trabajando juntos.

Alejandro Lozano antes hablaba del Programa de Medicamentos, en esta Mesa Gustavo Ríos habló de la interacción de la ANLIS con los diversos centros de investigación, y lo mismo sucedía con la ANMAT, como nos lo acaba de referir Daniel Gollan, y con la cual nosotros como Universidad estamos colaborando normalmente a través de la participación en los distintos programas.

Creo que lo que necesitamos es una política de integración clara de todos estos esfuerzos para poder terminar de llegar en esta línea, y creo que vamos en el sentido correcto en esta integración binacional. Entonces hay dos cosas que hay que resaltar porque son importantes, por un lado que podamos tomar la experiencia de nuestros hermanos brasileños que llevan un tiempo más largo en esto, y fundamentalmente que podamos pensar en un contexto de Región.

Hoy, cuando uno estudia un proyecto de una empresa, un proyecto privado para lo que sea, el primer filtro que tiene que responder es demostrar si el proyecto es globalizable. Cuando hablamos de áreas estratégicas como son las que estuvimos tratando acá, muchas veces algunos de estos proyectos no son globalizables, ya sea porque afectan a los pueblos pobres, o porque las enfermedades son solamente nuestras y no le interesan al Primer Mundo. Entonces creo que ahí es donde hay que tener una fuerte acción política de decidir a dónde vamos y de fijar las líneas de acción de nuestros gobiernos, y desde allí poder ir fortaleciendo estas áreas estratégicas, porque si las trabajamos en conjunto evidentemente vamos a tener mayores posibilidades de crecimiento.

Abrimos un breve espacio para la participación de la audiencia.

Preguntas y Comentarios

- **Dr. C. Vassallo:** *En primer lugar quiero agradecer a nuestros invitados extranjeros por la claridad y calidad de sus exposiciones, que han mostrado muy bien sus capacidades actuales en el tema que nos convoca, contextualizándolas con la historia y las políticas nacionales que han generado y acompañado estos desarrollos. Y también a nuestros dos comentaristas, que lograron en tan breve tiempo perfilar la actividad nacional desde sus respectivas áreas de trabajo e interés, y volcar sus opiniones y comentarios sobre la primera parte de esta Mesa. Pero quiero tener la tranquilidad de poder plantear un tema que de alguna manera tocó en su exposición Gustavo Ríos, y que es el tema de los subsidios. Argentina está en este momento atravesada por subsidios, y en algunos casos no se ha discutido si esos subsidios son estratégicos o no son estratégicos. Mi comentario no tiene que ver con que yo esté o no de acuerdo en subsidiar algunas actividades, sino que me parece que los subsidios tienen que tener primero una decisión estratégica clave, donde se definen cuáles son las actividades a subsidiar, y en segundo lugar tienen que tener un tiempo límite para luego después generar una cierta sustentabilidad. Porque para ponerlo gráficamente, esto evita que un subsidio deje de convertirse en una incubadora y se termine convirtiendo en una especie de pulmón en donde terminan las actividades subsidiadas. Esto lo digo con preocupación porque en Argentina se están extendiendo los subsidios a algunas áreas que me hacen preocupar, como por ejemplo hospitales privados que deberían ser quebrados para*

sanear el sector, y terminan siendo absorbidos por el Pami y financiados o subsidiados por el Estado sin decir mucho sobre la línea estratégica de este tipo de acciones. Me parece que es importante subsidiar en la base, pero después hay que tener plazos estratégicos para buscar el equilibrio entre la eficiencia y la equidad.

Dr. D. Gollan: Para contestar lo anterior, creo que lo primero es ver un principio y marco conceptual, porque acá se ha hablado mucho tiempo sobre el tema de los subsidios, y esta semana acaban de ser subsidiados dos monstruos inmobiliarios en este país, que abjuraban de este tipo de metodologías, por la friolera inicialmente de 2000 millones de dólares, siendo que estas dos empresas tienen acreencias por 5,5 billones de dólares, de los cuales sólo 600 millones poseen dos países como son Chile y Japón. Entonces con este tema hay que tener cuidado. Yo estoy de acuerdo con lo conceptual pero hay que ver el contexto. Nosotros venimos de un país que no es un país normal. Hagamos memoria de dónde estábamos hace cinco años. Terminar de corregir una serie de distorsiones enormes que atraviesan el sistema económico y social argentino no va a ser una tarea fácil, y tampoco va a ser una tarea de éste o el próximo gobierno, sino que, a mi humilde modo de ver, va a ser una tarea que involucre a varias generaciones. Lo que quiero decir es que no hay principios que se definan por sí solos si no los ponemos en un contexto, pero quizás deberías aclarar más concretamente a qué tipo de subsidios te estás refiriendo.

Dr. J. Lottersberger: Siguiendo en esta línea, creo que uno de los desafíos de quienes estamos en la gestión pública es la obligación de la rendición de cuentas de nuestra actividad, para lo cual tenemos que saber y muy bien para qué estamos allí, y hay muchos de los organismos del Estado que recién ahora están encontrando efectivamente cuál es el lugar que ocupan en el conjunto de esta realidad social que estamos construyendo. Entonces, queda claro que con planificación y rendición de cuentas lo

que se está haciendo desde el Estado Nacional no es subsidiar, sino que es darle sustentabilidad a actividades que por sí misma, la famosa mano invisible del mercado nunca va a tocar, y si las toca las va a tocar por un lado donde las necesidades de la gente no son precisamente las que están contempladas.

Tomemos de la Mesa y como ejemplo concreto, el desarrollo y la producción de la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina: y la verdad es que yo no haría eje en el nombre que le ponemos, pero entiendo que producir una vacuna contra la Fiebre Hemorrágica Argentina, con tecnología que está instalada la Argentina y con recursos humanos argentinos no es un subsidio sino que es una inversión en una actividad productiva. Lo que sí es cierto es que si esa vacuna no se hace acá no se hace en ningún lado, y que los que se mueren de Fiebre Hemorrágica Argentina, están justamente en Argentina.

Dr. G. Ríos: Creo que esto tiene que ver con planificar estratégicamente, porque si hay que poner plata en una actividad estratégica en la cual el mercado nunca se va a meter, pues hay que hacerlo.

Dr. J. Lottersberger: Creo que desde este sector del que estuvimos hablando en esta Mesa, digamos el más científico, cuando hablamos de subsidios, hablamos de inversiones a largo plazo en proyectos que tienen que ser sustentables. Y fundamentalmente acá es donde del Estado tiene que tomar un rol rector cada día más fuerte para poder ir dirigiendo las inversiones en base a las necesidades. Y creo que ese es el sentido en que se está trabajando, y habría que pensar en cambiar la palabra subsidio por inversión. Un ejemplo de esto es lo que recién comentaba Gustavo Ríos cuando mostraba los resultados de tantos años de trabajo en Chagas. Como decía él, hay que apostar y subsidiar cosas que realmente nos interesan a los argentinos, y si es posible ampliar la apuesta al contexto interregional, y cambiar la palabra subsidio por inversión.

- **Audiencia:** *Coincido con lo que decía el Dr. Ríos respecto a que hay que apostar e incluso subsidiar cosas que realmente son de interés para los argentinos y también desde el punto de vista regional. Y en ese último sentido quería preguntar qué posibilidades hay de trabajar Argentina y Brasil en conjunto en el desarrollo de una medicación para el Chagas, así como se está haciendo en otras enfermedades. Sé que Brasil tiene algo sobre esto, y mi pregunta apunta a ver qué posibilidades hay que Argentina pueda integrarse a ello.*

Dr. J. Lottersberger: Creo que hay un desarrollo en conjunto, en ese caso en particular entiendo que se ha tomado el desarrollo de la patente de Roche.

Dr. D. Gollan: Quería agregar un breve comentario para completar los conceptos. Por eso yo mencionaba antes un poco irónicamente, que cada cosa que nosotros hacemos en conjunto, hay alguien a quien no le gusta. Los procesos de integración en Latinoamérica favorecen a muchos intereses coincidentes con los de la salud pública en este caso, y por otro lado desfavorecen otros intereses. No obstante eso, en la última reunión de OPS en México se logró armonizar un sistema de indicadores para evaluar a las agencias regionales para que puedan preclasificar en las compras de medicamentos de OPS y OMS.

Nosotros, ANMAT y ANVISA vamos a estar solicitando auditorías para ser evaluados en el primer trimestre de 2007, y se nos evaluará a través de un mecanismo muy riguroso, en el que se nos aplican más de 160 indicadores. Y digamos que si se aplicaran en forma rigurosa estos mismos indicadores a la FDA, no pasa, como no pasó el PIC/S, y no pasa porque Estados Unidos controla lo que consumen los estadounidenses pero no lo que exporta, y eso es un patrón de no calidad. Y de hecho ANVISA, que sí hace control de fiscalización sobre los laboratorios norteamericanos que exportan a Brasil, ha cerrado varios, ha inhabi-

litado a varios por la pésima calidad de lo que se exporta. Y hay una segunda razón por la que la FDA no calificaría, y es por cuestiones éticas, ya que entre sus casi 8.000 miembros hay más de un 60% con conflictos de intereses personales con la industria que deben regular, y eso es otro patrón negativo de calidad, que tampoco pasa.

Nosotros pensamos que esta integración que estamos haciendo con Brasil y ofreciendo al conjunto de las agencias latinoamericanas, con criterios de máxima calidad, nos pone en un pie de igualdad para aprender unos de otros, y no ser más alumnos de nadie, y ese es un capital que tenemos que seguir desarrollando. Pero hay intereses que se tocan, especialmente porque estamos desarrollando 400 sustancias de referencia, con las cuales prácticamente tenemos el 80%, 85% de la medicación que se consume en los dos países. Y obviamente esto ayuda a nuestra industria farmacéutica y a nuestro desarrollo, también abarata mucho, y el impacto último es positivo y es en el usuario.

Para cerrar reflexionemos en que todas estas cosas que vimos sirven para revitalizarnos y valorizar lo que uno tiene, porque hay una costumbre de mirarnos en paradigmas y no hablar de igual a igual. Y hoy a través de esto le estamos diciendo a un país que se arrogaba la potestad global de los patrones, que ahora somos capaces de hacer patrones de calidad. Creo que eso es lo trascendente, por eso hablábamos de la cuestión de la integración como una herramienta estratégica.



MESA N° 3

El uso racional de medicamentos en los planes de las organizaciones de salud

Coordinadora: Farm. Alicia Caraballo

Bueno, en primer lugar creo que tenemos que agradecer personalmente a los disertantes que nos acompañan y a toda la gente que en un día tan hermoso como éste, dedica la tarde a replantearse cosas respecto al uso racional de los medicamentos.

Los medicamentos son elementos esenciales en todo plan de salud, pero son caros y resulta que muchas veces hay inequidades en el acceso. Para tratar de lograr que esto no ocurra y teniendo en cuenta que muchas veces cuando se accede, hay muy mala utilización de los mismos, es que son fundamentales los criterios de uso racional de medicamentos. Y sobre este tema tan amplio y siempre tan actual y útil nos va a ilustrar este panel, de modo que vamos a presentar a nuestros disertantes.

El Dr. José Luis Castro es Farmacéutico y Bioquímico, egresado de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, y posee además una Maestría en

Farmacoepidemiología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Es docente en la Cátedra de Farmacología de la Facultad de Farmacia y Bioquímica de la Universidad de Buenos Aires, Director y Coordinador de cursos y ponencias sobre Uso Racional del Medicamento y Farmacoepidemiología, y consultor sobre URM de OPS/OMS para la Región.

El Dr. Luis Alesso es médico cirujano egresado de la Universidad Nacional de Córdoba, Profesor de Farmacología de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba y Especialista en Medicina Farmacéutica egresado de la Universidad Complutense de Madrid. Es además Director del Centro de Farmacovigilancia de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, Coordinador de Farmacovigilancia en el Hospital Nacional de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, Coordinador del Área Medicamentos de la APROSS (Administración Provincial del Seguro de Salud) del Gobierno de Córdoba, Presidente de la Sociedad Argentina de Farmacovigilancia y miembro de la Sociedad Internacional de Farmacovigilancia (Isop), y también miembro del Comité del Sistema Nacional de Farmacovigilancia de ANMAT.

La Dra. Beatriz Martinelli es Bioquímica egresada de la Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas de la Universidad Nacional de Rosario, y Especialista en Epidemiología por la Escuela de Graduados de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario. Tiene además entre otros postgrados el Curso de Salud Internacional del Instituto de la Salud Juan Lazarte, Organización Panamericana de la Salud y *Certificate in Sexual Health Research, Geneva Foundation for Medical Education and Research, World Health Organization*, con evaluación final. Se desempeña actualmente como Directora Provincial de Bioquímica y Farmacia en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, habiendo actuado en Salud Pública también como Directora General de Programación de Salud en la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, desde 1995 a 2007.

El Uso Racional de Medicamentos en los Programas de OPS/OMS

Dr. José Luis Castro

Introducción

Muchas gracias a los organizadores por invitarme a participar de esta reunión, y para comenzar a aportar sobre un tema tan rico como el de esta Mesa vamos a tratar de dar un panorama sobre algunos criterios respecto del uso racional de medicamentos, qué es lo que implica y por qué subsiste el uso irracional, mirando luego cuales son las estrategias de la OPS y la OMS para trabajar en un uso más racional o razonado de los medicamentos, según se quiera ver, y cuales son las actividades que se vienen realizando últimamente.

En principio desde el punto de vista de la OPS y la OMS, tanto la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) que en su Art.25.1 dice *«Todo individuo tiene derecho a un nivel de vida adecuado para mantener su salud y la de su familia, incluyendo comida, vestido, vivienda y servicios médicos y sociales»*, como la misma constitución de la OMS, establecen que la salud es un derecho básico y un derecho humano. Y dentro de la salud un componente importante es justamente el derecho al acceso a los medicamentos. Esto ha sido ratificado a lo largo del siglo pasado por numerosos tratados internacionales, como el Acuerdo Internacional en Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que fue ratificado por 147 países en 1966, y en su artículo 12.2.d, expresa que *«El derecho a insta-*

*laciones, bienes y servicios de salud incluye el tratamiento adecuado de las enfermedades prevalentes, preferentemente a nivel comunitario, y **la provisión de medicamentos esenciales según lo establecido por el programa de Medicamentos Esenciales de la OMS***», además de haber sido expresamente propuesto en varias resoluciones de la Organización Mundial de la Salud.

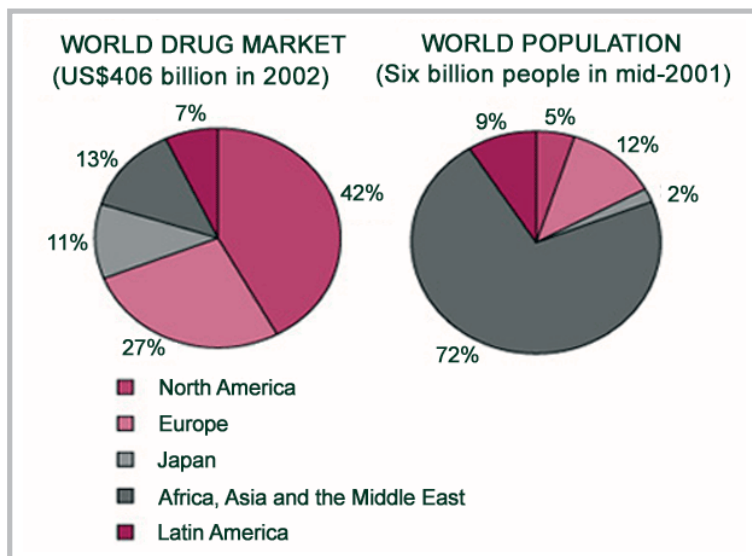
Como vimos, el Acuerdo Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que este acceso es en particular a la provisión de medicamentos esenciales según lo establecido por el programa de Medicamentos Esenciales de la OMS. Y entonces acá empieza a hacer un primer foco en cuanto a que no es todo lo mismo, sino que hay un derecho a un acceso a medicamentos que están seleccionados, y que tienen probada eficacia, calidad, etc.

Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos esenciales

Entonces en síntesis partimos del concepto que el acceso a medicamentos esenciales es un derecho humano, y de que no es una mercancía o un bien como otro cualquiera, porque un medicamento que puede salvar una vida debe ser tratado como un **«bien público»**.

Ahora bien sabemos que la realidad sin embargo se contrapone a este derecho básico, y tenemos que hay una gran inequidad entre lo que es el porcentaje de aproximadamente un 80% de la población que tiene acceso a apenas el 20% de los medicamentos, y por el contrario otro 20% de la población que accede al 80%. Estos gráficos bien conocidos que mostramos abajo, nos llevan a plantearnos qué está pasando, si además de que los que necesitan no tienen hay aparentemente algún grupo que tiene o tenemos más de lo que necesitamos. Es decir que este uso inequitativo da lugar a infrautilización y sobreutilización, según quién sea la población que está utilizando.

La realidad del mercado de los medicamentos



Fuente: IMS/Health Population Referent Bureau

Tenemos varios **antecedentes respecto del mal uso o de la mala prescripción de medicamentos**, mencionemos entonces unos pocos:

Ya en 1994 una editorial del *British Medical Journal* comentaba un reporte de la comisión auditora, señalando que la prescripción inadecuada de los médicos clínicos en el Reino Unido costaba al seguro de salud 400 millones de libras anuales. En este caso, la comisión auditora criticaba a los médicos del país y sobre todo los de atención primaria, señalando que se apoyaban demasiado en el uso de fármacos para dolencias menores al solo efecto de mantener al paciente contento; también por prescribir medicamentos que en realidad no funcionaban, por prescribir entidades caras sin ventajas sobre otras más económicas, y por utilizar demasiado rápido los fármacos nuevos y más caros en vez de alternativas más económicas. Es decir que ya hace unos 15 años que este tipo de críticas salían en revistas científicas reconocidas.

Por otro lado la OMS registra unos 644 estudios en países en vías de desarrollo sobre uso racional de medicamentos en los últimos 15 años, y algunas de las conclusiones son que solo un 40% de los pacientes son tratados de conformidad con las directrices clínicas existentes, y que a nivel global, el 50% de los medicamentos se prescribe o utiliza inadecuadamente. Lamentablemente, la situación no muestra ahora mejoría en relación con lo que ocurría hace 15 años atrás.

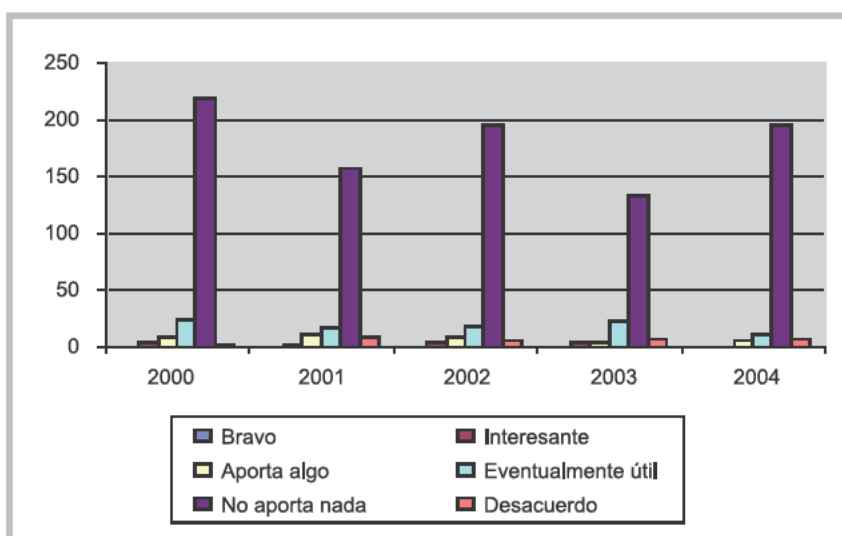
Esto no es algo que se da sólo en países en vías de desarrollo, ya que estudios del 2003¹ realizados sobre servicios de salud en Holanda y Estados Unidos indican que el 30 al 40% de los pacientes no reciben tratamiento basado en los conocimientos actuales, y que el 20 al 25% de las intervenciones realizadas no son necesarias o son potencialmente peligrosas. Y en estos casos claramente estamos hablando de países desarrollados. Y para lograr cambios entonces, es necesario aplicar estrategias dirigidas a incorporar los nuevos conocimientos en la práctica cotidiana.

Como sabemos hay numerosos factores que contribuyen a esto, y que generan presiones y de alguna manera están haciendo fuerza por un uso irracional. Entre ellos podemos mencionar la promoción no regulada, o la promoción incluso de patologías que no siempre es necesario tratar, y después veremos algún ejemplo de como hay estrategias para promocionar patologías que «necesitan» un fármaco, particularmente aquellas que requieren tratamiento crónico. Pero sin ir más lejos, recuerdo por ejemplo que hace poco había un aviso del sudor de manos, que lo pintaba como un gravísimo problema que había que tratar. Y este tipo de promoción apunta a crear la conciencia de que ante cada malestar hay un medicamento posible y casi necesario. Otro ejemplo es el asociar depresión con tristeza o tristeza con depresión, porque

¹ Grol R, Grimshaw J. *From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care*. Lancet 2003; 362: 1225-30

si se mezcla todo tenemos una base más grande para poder prescribir. Entonces todo esto crea lógicamente un estado de consumo y es importante tener clara la definición de qué patología se trata, cuál es la prioridad de esa patología y que se debe usar para eso. Es real que existe una presión por crear patologías y por prescribir, especialmente en aquellas de tipo crónico y que aseguran una fidelización del paciente. Y a la vez también se observa la promoción de las supuestas ventajas de nuevos medicamentos llamados «me too».

Evaluación de novedades 2000-2004



Fuente: *Prescrire Internacional* 2005;76(14) 68-73

Lo que decíamos se encuentra sumamente explicitado en el gráfico que mostramos arriba y que se basa en un comentario de la revista *Prescrire Internacional* del 2005, analizando los medicamentos nuevos en el mercado entre los años 2000 y 2004. En realidad la barra más alta (violeta), es la cantidad de medicamentos que no aportan nada según el comité de expertos que se utilizó para categorizar estas salidas al mercado, y como se ve solamente un porcentaje muy pequeño pueden hacer un aporte interesante o simplemente aportar algo.

En cuanto a la promoción de medicamentos *me too* (yo también), que son simples variantes de fármacos disponibles, es porque suponen sólo pequeñas modificaciones y pequeñas inversiones, a la vez que un menor riesgo para la compañía porque ya cuentan con un mercado establecido. Generalmente están testeados contra placebo y desde ya se promocionan presentándolos como la mejor alternativa. Para las compañías productoras suponen una gran recuperación porque implican una patente nueva desde el punto de vista de la venta. Tenemos ejemplos de esto en el caso de los IECA o los priles, como quieran llamarlos, donde hay nueve alternativas con ligeras modificaciones que son postuladas como ventajas sorprendentes y magníficas por sobre su predecesor (*Benazepril, Captopril, Enalapril, Espirapril, Lisinopril, Perindopril, Quinapril, Ramipril y Trandolapril*).

Entonces lo que queremos insistir es que no se trata de prescribir cualquiera de las opciones disponibles, sino tratar de hacer una selección. Esto no es una cosa fácil, y requiere mecanismos y procesos de selección donde se puedan poner en juego sobre todo las evidencias. Veamos un ejemplo de esto²:

- Desde 1998 a 2003 la FDA aprobó 487 fármacos:
 - ✓ 379 (78%) con actividad terapéutica similar
 - ✓ 333 (68%) compuestos ya existentes
 - ✓ 67 (14%) novedades terapéuticas

Y viendo todo este panorama y todo este elenco de fuerzas que gobiernan el mercado, puede entenderse por qué terminan imponiéndose. Porque comparativamente con las estrategias que podemos implementar desde los sectores públicos y desde las organizaciones, la llegada de información, la llegada de la capacitación e incluso las inversiones en la capacitación

² Marcia Angell. *Excess in pharmaceutical industry*. CMAJ Dec 7, 2004; 171 (12).-

son mucho menores que la de los sectores privados. Entonces se impone tener en cuenta que la selección de los medicamentos, como dice Laporte³, no es un ejercicio de austeridad, sino que en realidad es un ejercicio de inteligencia clínica. O sea que no es porque seamos pobres que hay una lista de medicamentos esenciales.

Selección de medicamentos

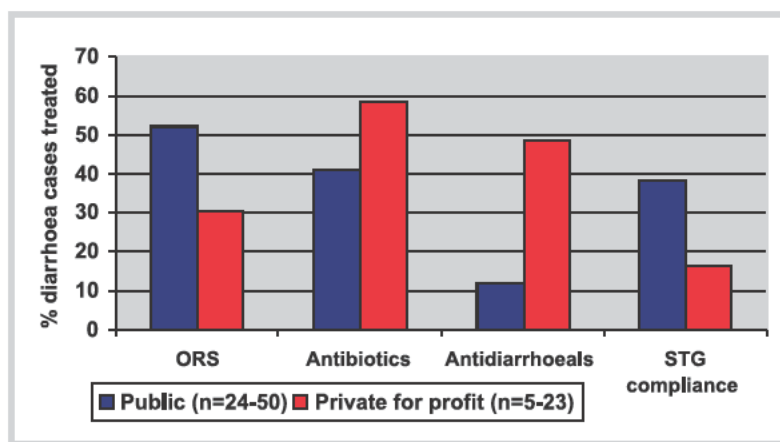
De hecho cuando se selecciona una lista de medicamentos esenciales, hay que tener en cuenta una serie de criterios. Estos criterios contemplan en primer lugar la **prevalencia y la prioridad de las patologías dentro del contexto del país**. Y **respecto de los medicamentos** toman en cuenta **la eficacia, la seguridad, el costo efectividad o costo comparativo con otros tratamientos o con otras alternativas**, e incluso dentro de cada patología cuál es la opción terapéutica farmacológica y cuál la opción terapéutica no farmacológica, como después vamos a ver para el tratamiento de la llamada prediabetes.

En todo esto interviene la selección de información, donde debe prevalecer el criterio de medicina basada en la evidencia (MBE), es decir en las pruebas con esas categorizaciones que probablemente hayan visto en varias partes respecto de metaanálisis como primer nivel, ensayo clínico controlado aleatorizado como segundo, etc, etc. Y el otro pequeño pilar que tenemos en apoyo a esta guía, son las Guías de Tratamientos Standard (GST), es decir la guía de que dispone el país basada en criterios, y que justamente a nivel nacional ha sido recientemente aprobada hace dos semanas. Algo así como la guía para las guías, es decir un patrón que guía la forma en que deben realizarse las guías de tratamientos de las distintas patologías, pautando la manera en que deben realizarlas las asociaciones profesionales, y qué componentes deben tener esas guías para que tengan calidad y validez.

³ Laporte JR. *Principios de la Epidemiología del Medicamento*. 2 Ed. Barcelona 1993

En el gráfico que sigue mostramos simplemente un ejemplo de como es tanto en el sector público como en el privado, pero sobre todo en el privado, la proporción de diarreas en que normalmente debería predominar el uso de sales de rehidratación oral. Vemos que tenemos un porcentaje importantísimo de antibióticos, que debería ser mucho menor, probablemente la quinta parte, y el cumplimiento de Guías de Tratamiento Standard está también por debajo de 40%, si bien el sector público se porta un poco mejor que el privado donde está abajo del 20%, pero igualmente también allí está debajo del 40%. Esto está tomado de una base de datos de la OMS del 2004, que son esos estudios que mencioné antes.

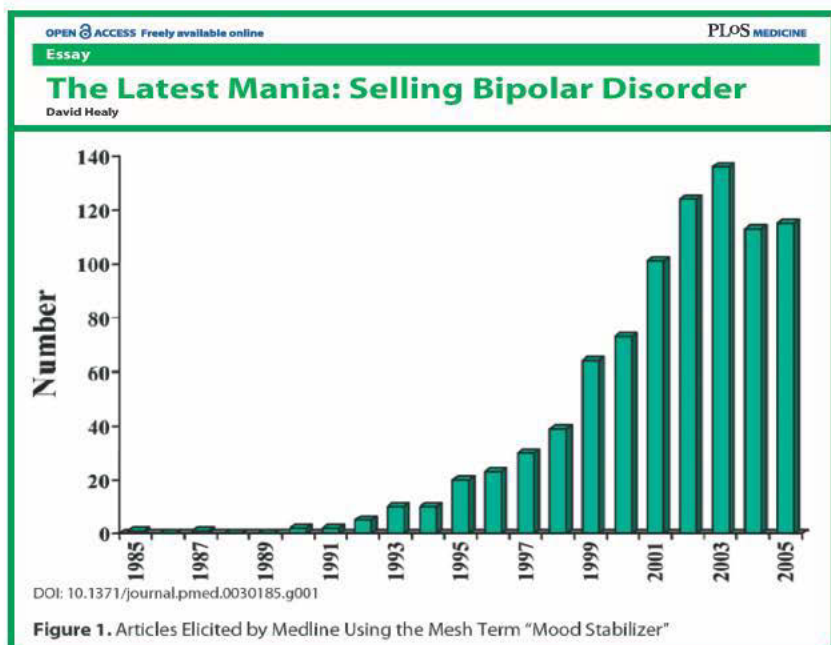
Tratamiento de la diarrea aguda - Público/privado -



Fuente: WHO/PSM database, 2004.-

Como decíamos, uno de los puntos para la selección de medicamentos es **basarnos en una enfermedad que sea prevalente y que sea real**. Y decimos real porque hay enfermedades exageradas, hay una tendencia de «enfermalizar» todo, de que todo es patología, y entonces eso ya no nos permite discriminar cuales son las prioridades que se imponen en el contexto de un país.

Por traer un ejemplo, una de las últimas manías parece ser la de «vender» desórdenes bipolares, y una muestra de eso es la cantidad de artículos que se captan en Internet por el Medline sobre el término «*mood stabilizer*», que sería una traducción de estabilizadores del ánimo. Y si miramos el cuadro que sigue puede verse como va aumentando progresivamente, y eso es sólo un ejemplo.



Otro ejemplo es a veces la prensa, que acaso sin manejar cuáles son los pros y los contras, por ejemplo saca como una noticia terrible que sólo el 5% de las menopáusicas recibe tratamiento en España, dicho esto independientemente de cuál es el tratamiento o las contraindicaciones que tiene ese tratamiento, o lo desfavorable que resultan respecto del cáncer esos tratamientos.

Pasando a otro de los criterios al momento de la selección y mirando los medicamentos, están la **eficacia y seguridad**,

sobre todo con los estudios promocionales que nos llegan con abundante información o a veces publicados en revistas. Pero es importante tener en cuenta que ensayo clínico no es lo mismo que conclusión dogmática, o sea porque haya un ensayo clínico no quiere decir que eso que se asevera sea la verdad absoluta, o que las « $p < 0.00$ » a las que tanto nos han acostumbrado, no indican «bien hecho» o eficacia. Con seguridad si yo comparo 100 variables, al menos dependiendo de cuál es el valor de P , seguramente voy a encontrar cinco que me den significativas. Siempre me acuerdo cuando hicimos un estudio de uso de analgésicos en el preoperatorio, y le medíamos a los pacientes en la escala analógica visual el dolor que tenían en el preoperatorio, y cuál era después la correlación en el postoperatorio con la medicación que habían recibido. Bueno, por jugar un poco hicimos un multivariable, y resultó que nos daba muy significativo el dolor que tenían cuando se correlacionaban con el número de historia clínica... Así que miren qué peso interesante que tiene el número de historia clínica para la mejoría del paciente, y por supuesto tengan cuidado con el número que les asignan si alguna vez van a una intervención...

Hablamos de eficacia, pero ¿eficacia comparada con qué? Después vamos a ver un ejemplo justamente de denuncia de unas estatinas, donde es importante ver qué dosis estamos comparando con qué, o sea si comparamos con un tratamiento estándar o con un placebo que no tiene actividad, y siempre se trata de que veamos una ventaja. Es decir si siempre se busca comparar un pril con otro pril, porque si comparamos un pril con placebo es bastante probable que veamos una ventaja. Pero la cosa es comparar contra tratamientos que ya están estandarizados o que están establecidos, para saber si este nuevo medicamento nos supone realmente alguna ventaja, y además ver si las dosis son comparables o si yo estoy comparando dosis que no tienen el mismo efecto.

En el cuadro de arriba se muestra el *claim* de la FDA a Bayer, donde está haciendo una crítica a una presentación de

Eficacia y seguridad

TRANSMITTED VIA FACSIMILE

Ms. Carol Sever
Deputy Director
Regulatory Affairs
Bayer Corporation



DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

with the misleading claim of "19% better efficacy... $P < .0001$ " implies superiority without adequate substantiation. The studies utilized by Bayer to substantiate the superiority of Baycol versus Pravachol are inadequate. For example, the first study compares Baycol .3 mg (at that time—the highest labeled dose) to Pravachol 20 mg (the mid-range dose). Furthermore, the second study yielded no difference (both achieved 30% LDL-C reduction) between Baycol .3 mg and Pravachol 40 mg (the highest labeled dose). Therefore, the presentation of superiority is misleading for the aforementioned reasons.

Fuente: Department of Health and Human Services, USA.-

dos estatinas, justamente porque no están comparando dosis comparables. Un estudio compara 0.3 mg (la dosis más alta del medicamento de Bayer), con la de 20 mg del otro que era la dosis de rango medio. O sea que por más que la dosis es de 0.3 y aparentemente contra 0.20 sea más pequeña, este último es el rango más alto de dosis para esa estatina, y se lo está comparando con un rango medio de la otra, porque la dosis de Pravachol llegaba hasta 40 mg. Y en definitiva apunta a señalar que no hay diferencia con dosis comparables, y le critican al laboratorio que la supuesta superioridad no es tal.

Y este es un ejemplo emblemático del año '57. Un viejo anuncio en una revista médica donde se promocionaba el uso

"Really?"

Yes...
desPLEX
to prevent ABORTION, MISCARRIAGE and
PREMATURE LABOR

Recommended for routine prophylaxis in ALL pregnancies... 96 per cent live delivery with desPLEX in one series of 1200 patients - bigger and stronger babies, too. No gastric or other side effects with desPLEX - in either high or low dosage

de dietilestilbestrol para el crecimiento del bebé, para que crezcan bebés grandes y saludables y no tiene efectos gástricos ni otros efectos. Lamentablemente eso después terminó provocando carcinomas en las hijas de las mujeres que tomaban dietilestilbestrol.

Ese es un ejemplo emblemático y viejo, pero algo similar seguimos viendo de alguna manera en los tiempos actuales, como fue el caso del rofecoxib, donde había una promoción incluso con gráficos de barras donde se nos mostraba que necesitábamos más tiempo entre dosis, con un bonito afiche. Pero donde también tenemos el final de la historia con gente muerta, porque en realidad en estos estudios ya se sabía, o se había en parte tergiversado un poco la información, respecto de la incidencia de estos efectos cardiovasculares, que no es sólo que aparecieron después sino que ya se estaban detectando.

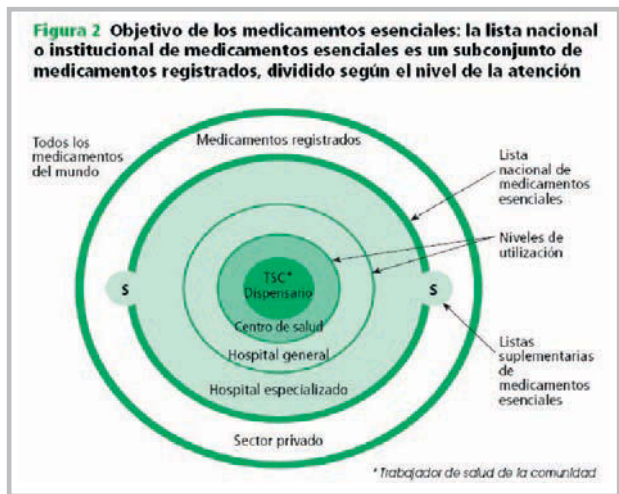
Bien, con respecto a la **medicalización de la prevención** también tenemos por ejemplo los resultados del DREAM* *(Diabetes Reduction Assessment with ramipril and rosiglitazone Medication)*, que mostraban que la progresión a diabetes de las personas con intolerancia a la glucosa se podía disminuir. Pero también tenemos que hay otros efectos como ganancia de peso, no sabemos lo que pasa a largo plazo y mayor riesgo de falla cardiaca, porque de hecho las glitazonas han mostrado eso. Y se puede decir que sin estos medicamentos, también se obtienen resultados semejantes con intervenciones de cambio de estilo de vida.

El estilo de vida importa: hay estudios como el *Finnish Diabetes Prevention Study* (FDPS) y el *Diabetes Prevention Program* (DPP) en USA, que demostraron que modificaciones sustanciales en el estilo de vida bajaban la progresión a diabetes en un 58% en 3-4 años, y podía permanecer más bajo por tres años. Es decir tenemos que tener en cuenta cuando se nos muestran comparaciones, qué se compara con qué, si hay inter-

venciones que no necesariamente son farmacológicas y no pensar inmediatamente en un fármaco.

De hecho no necesitamos tantos fármacos y éstos deberían ser seleccionados en base al lugar de aplicación. De todos los medicamentos del mundo, hay una parte que no sirve para nada y hay otros que pueden componer el sector privado, que pueden componer el hospital especializado o el general, y por supuesto que serán muchos reducidos para un centro de salud o para un dispensario. Es decir, en realidad el listado debería depender de la complejidad del sitio donde se va a usar, por eso la promoción de los comités de terapéutica hospitalarios además del nacional, que es lo que mostramos en la figura de la derecha.

Y siguiendo con el tema de la selección, reiteremos que no es por hacer ahorros, sino que es un ejercicio justamente de seleccionar lo que sirve. De acá viene el **concepto de medica-**



mentos esenciales, que son los que satisfacen las necesidades prioritarias y que suponen un número limitado y seleccionado de fármacos. Esto implica un mejor manejo de los medicamentos, mejor atención sanitaria, menores costos. Y eso supone poder manejar los mejores. Hay algunos países de Centroamérica donde se manejan para tratamiento del HIV cerca de 80 esquemas de combinaciones de antirretrovirales, cosa que es disparatada porque eso crea un caos. ¿Cómo se pueden proveer? ¿Cómo se puede asegurar el stock? ¿Cómo se puede

asegurar la no interrupción? ¿Cómo se puede asegurar la compra a precios razonables, de esa cantidad de esquemas?

Entonces, como criterio de selección seguimos mencionando la **prevalencia de patologías (reales y prioritarias), la evidencia de eficacia y seguridad y relación costo-efectividad comparativa**. Porque no siempre a igualdad de costo hay igualdad de beneficio, y hay que mirar bien cuando tomamos la opción de menor costo, y los genéricos también tienen un papel que jugar en esta selección.

Por eso el uso racional de medicamentos fue definido en Nairobi ya en el año 1985, cómo que los pacientes reciben la medicación que necesitan, no aquella que no necesitan, a dosis a que son adecuadas, por el tiempo que es necesario y al menor costo. También estamos poniendo en juego aspectos de costo, por eso uso racional implica considerar costos comparativos. Y tienen que estar disponibles en sistemas de salud que funcionan, en todo momento, en cantidades y dosificación adecuadas, con calidad asegurada y a precios accesibles

Sin embargo son muchos los factores que inciden en la posibilidad de uso racional de medicamentos.

No es tan fácil, hay un elemento de selección y accesibilidad, hay prescripción, dispensación y finalmente uso por los



pacientes. Y en cada uno de los eslabones de esta cadena hay factores que influyen en la selección y accesibilidad: si disponemos o no de

listados de medicamentos esenciales, de formularios terapéuticos, o por ejemplo si hay o no comité de Farmacoterapéutica funcionando. Luego Beatriz Martinelli nos va a hablar un poco sobre la selección y el listado y de la importancia de mantener un listado con vida, vale decir que no sean elementos que figuren en una ley pero que no tienen ningún valor funcional, porque no existen desde el punto de vista de su función. También depende de si hay estándares educativos, información independiente, si hay algún tipo de regulación, tanto de la promoción de medicamentos como respecto de las políticas, y cómo se resuelven los problemas relacionados con los medicamentos en relación a los pacientes. Todas estas son áreas de abordaje para favorecer el uso racional, y por supuesto no todas se pueden abordar al mismo tiempo y conviene hacer una priorización.

¿Por qué es aún tan elevado el uso irracional? Probablemente muy pocos países evalúan el uso de medicamentos y promueven las intervenciones, porque pueden pensar que hay insuficientes fondos, porque no se tiene conciencia del gasto y consecuencias del uso irracional, y porque no hay suficiente conocimiento de las posibles intervenciones. Sin embargo lo mismo se puede pensar de una planificación, una planificación requiere tiempo, requiere recursos y por eso cada vez más ahora el uso racional está estrictamente ligado al acceso.

Hace algunos años se pensaba en el acceso como el principal elemento a tener en cuenta para la provisión de medicamentos, y ciertamente lo es. Pero si no se liga el acceso al uso racional caemos en esa gráfica que vimos a nivel global, donde va a haber poblaciones con infrautilización, y poblaciones con sobreutilización de medicamentos porque es algo que no necesitan. Y eso lleva a que se gasten dineros en cosas que no son necesarias y podrían ser empleados para las que sí son necesarias.

En definitiva, es posible que no haya la suficiente conciencia de lo que un programa de uso racional puede aportar a la racio-

nalidad y a los costos de los medicamentos en el sistema. Además, la percepción de racional puede ser muy diferente para el paciente, para el médico según su educación, para el farmacéutico, para el productor y para el sistema sanitario que a veces ni tiene un concepto claro de lo que significa, o aunque crea que es algo importante no tiene en claro desde el punto de vista sanitario como hay que trabajar en este enfoque de uso racional.

¿Cuáles son los factores que favorecen la prescripción irracional de los medicamentos, y con quiénes y qué se relacionan?

Sin intención desde ya de verlos todos, podemos mencionar algunos:

- En relación a los pacientes podemos detectar creencias y expectativas equivocadas, que generan demandas y presiones.
- En relación a los prescriptores en sí, puede haber creencias equivocadas sobre eficacia/seguridad, falta de información objetiva y generalizaciones a partir de experiencias limitadas.
- En relación a los lugares de trabajo puede haber personal insuficiente, presión para prescribir (tiempo, etc), capacidad estructural y de laboratorio inadecuada, y trabajar además sin comités o mecanismos de selección y asesoramiento. Además muchas veces por prácticas tradicionales que no generan capacidad de crítica de lo que se está haciendo, o de poder rever en base a evidencias lo que se está haciendo.
- Los sistemas de provisión de medicamentos pueden ser a su vez irregulares.
- En cuanto a la industria, sabemos que hay información sesgada bien presentada e incentivos.

- La regulación puede ser débil y sin incentivos para la selección.
- Y en lo que se refiere a la información y la formación, hay una falta de educación continua y esto lleva a una desventaja o desproporción entre la educación independiente y la educación con información sesgada por la industria.

Promoviendo el Acceso a medicamentos - Marco para la acción -



Como dijimos, la OMS considera que el acceso está en íntima relación con la selección y el uso racional, con los precios accesibles, el financiamiento sustentable y los sistemas de salud confiables. Eso y

no sólo el tener dinero y comprar medicamentos, es lo que hace que el medicamento esté disponible en forma efectiva para ser usado con racionalidad y llegue al usuario.

Tomemos un ejemplo de Costa Rica respecto a la aprobación de medicamentos antirretrovirales. Esto contrasta con lo que dijimos antes respecto de que hay algunos países centroamericanos que tenían hasta 90 esquemas, ya que en el caso de Costa Rica los esquemas son sumamente limitados y veamos sintéticamente los puntos centrales:

¿Cuáles fueron las drogas que progresivamente fueron incluyendo hasta el 2005?

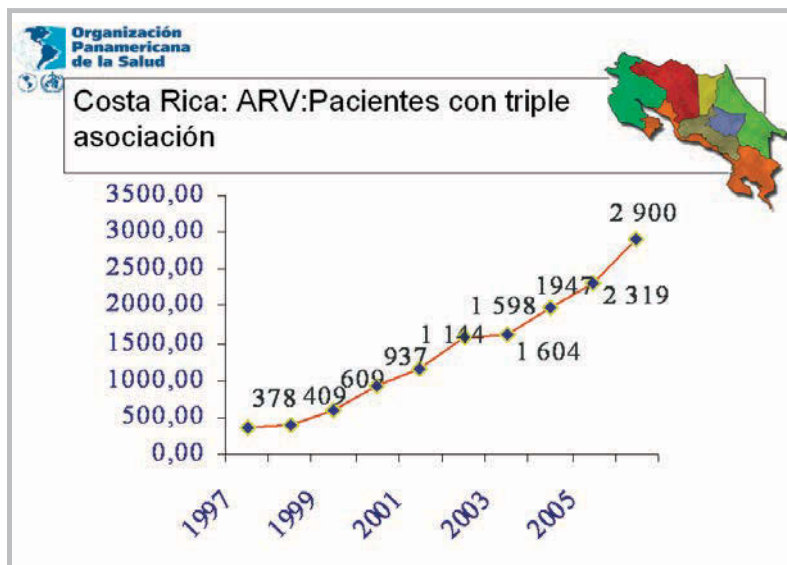
- Primer esquema -1997: Zidovudina+Lamivudina+Indinavir
- 1998: Nelfinavir

- 1999: Estavudina, Didanosina
- 2000: Efavirenz
- 2001: Esquemas de rescate: Inhibidores de Transcriptasa+
- 2002: Ritonavir (Combinación-Indinavir)
- 2003 : Lopinavir /Ritonavir
- 2005: Abacavir

Se trabajó en base a 5 esquemas de tratamiento con ARV utilizados en las Clínicas de VIH/SIDA DE LA CCSS

- Esquema 1: Zidovudina 600mg (6)+Lamivudina 300mg (2)+Efavirenz 600mg (3)
- Esquema 2: Didanosina 400mg (4)+Estavudina 80mg (2)+Efavirenz 600mg (3) Costo= 1.222,75
- Esquema 3: Indinavir 1600mg (4)+Ritonavir 400mg (4)+Didanosina 400mg (4)+Estavudina 80mg (2)
- Esquema 4: Zidovudina 600mg (6)+Lamivudina 300mg (2)+Nelfinavir 2500mg (10)
- Esquema 5: Didanosina 400mg (4)+Estavudina 80mg (2)+Lopinavir/Ritonavir 400/200 bid (6)+Efavirenz (3)

En el gráfico se muestra la progresión del número de pacientes que se fueron tratando con la triple asociación.



La conclusión fue un dramático descenso desde 1995 al 2000 en la tasa de letalidad por SIDA, que disminuyó en ese periodo un 74%, habiéndose manejado con un número tan limitado de esquemas de tratamiento. Por eso el mensaje es que muchos medicamentos lejos de ser mejor resultan peor, porque confunden, no son manejables, no nos dan prioridades y no nos dicen qué es bueno y qué es mejor, o qué es bueno y qué es malo.

Para seleccionar también se hace importante manejar información, y para manejar información y gracias a la sobreabundancia que tenemos de información, hay que hacer también una selección de la información además de la selección de los medicamentos. Rawlins dijo en el NICE en 1999, que la dosis diaria de lectura para mantenerse permanentemente actualizado en el área de conocimiento de cada uno era de 19 artículos científicos cada día. Hoy mas que probablemente sea mayor, cosa que es prácticamente imposible, entonces lo que se impone es hacer una selección en base a criterios, o en base a referentes donde podemos tener algún nivel de confianza. Y no

sólo en revistas, porque a veces en revistas como el British Journal, o el Lancet incluso, salen algunos artículos que pueden ser cuestionables, como algunos que compararon antagonistas cálcicos donde la eficacia era semejante y dicen que es muy bueno. Pero en otras donde hay una selección o una ponderación como en Bandolier, o como el Sistema Terapéutico del Centro Colaborador de Barcelona, donde hacen un comentario sobre los distintos artículos por tema la evaluación puede ser distinta. Por eso para informarse es necesario seleccionar, y el proceso no es fácil, porque si queremos abordar toda la información disponible, eso nos lleva a la «*infoxicación*», donde perdemos las prioridades, y perdemos el criterio de como seleccionar lo que es adecuado y lo que no.

Frente a este panorama vamos a tratar de describir cuales son las **estrategias para promover el uso racional de medicamentos**, y mencionemos primero cuales son las que propone OMS:

- GTS basadas en evidencias.
- LME y FTN.
- CFT nacional y en hospitales.
- Enseñanza de Farmacoterapéutica basada problemas.
- Educación continua
- Información independiente
- Supervisión, auditoría y retroalimentación
- Educación a la comunidad
- Evitar los incentivos económicos perversos
- Reforzar la regulación

Fundamentalmente entonces está el tema de las guías terapéuticas standard (GTE) basadas en evidencias, la existencia de listas de medicamentos esenciales (LME) y formularios terapéuticos nacionales (FTN) con comités de Farmacoterapéutica que funcionen, y que esas listas tengan un papel en la seguridad social, porque no sirve una lista que se publica y que después no tiene ningún papel y queda como un elemento decorativo los escritorios. Otras estrategias son la enseñanza de la farmacoterapéutica basada en problemas, la existencia de una educación continua fuerte con información independiente y que haya una supervisión y una evaluación del uso de medicamentos. Por ejemplo en el programa Remediar se han implementado algunas acciones de evaluación de medicamentos, que seguramente serán luego comentadas en otras exposiciones. Y finalmente está la educación a la comunidad, y evitar los incentivos en algún modo perversos desde el sentido económico mediante algún tipo de regulación, que en general debe ser reforzada.

Ahora bien, **¿cuáles son entonces las actividades que en relación con esas estrategias tratamos de impulsar desde OPS y OMS?** Brevemente las mencionamos primero, y agregamos que fundamentalmente están agrupadas en cuatro elementos: de abogacía, de práctica profesional, de construcción de formularios y asesoramiento y selección de medicamentos, y de promoción y difusión.

- Promoción de listado de medicamentos esenciales, guías clínicas.
- Promoción de la Información independiente
- Promoción de los comités de terapéutica.
- Enseñanza de las buenas prácticas de prescripción y dispensación.
- Contención de la resistencia antimicrobiana.

Dentro de la abogacía tenemos reuniones donde con el apoyo de OMS se promociona la discusión sobre uso racional, donde participan el DURG-LA, ABRASCO, el Congreso Brasileño de Salud Pública que es el Congreso de URM de Brasil, y otras reuniones específicas que se dan en los países.

Como **estrategia general** se está desarrollando este año y esperamos en marzo tenerla finalizada, una estrategia para instalar el URM en los países de la Región. Es una propuesta que va a ser regional, pero también va a ser para cada país, sobre sugerencias para implementar el uso racional de medicamentos a nivel país con todos los niveles a desarrollar, digamos nivel educativo, nivel regulatorio y nivel de gerenciamiento Y la idea es que cada país tome aquello que crea que le sirve. Esta propuesta, que esperamos que salga en marzo, está siendo diseñada junto con el centro colaborador de La Plata de los doctores Buschiazzo, que son los colaboradores de OPS, y en conjunto con expertos de otros países.

Respecto al **apoyo a los comités de farmacoterapéutica, a los comités de selección y a la lista de medicamentos**, digamos que se vienen apoyando algunos países como Ecuador y Trinidad y Tobago en las actividades de selección y en el fortalecimiento. Ya se está terminando el borrador de un manual para los comités de selección de medicamentos con algunas sugerencias y con algunas referencias de apéndices para planillas de inscripción de medicamentos nuevos, cuáles son los criterios prioritarios a tener en cuenta para esa selección, etc. También se está desarrollando un curso de fortalecimiento de capacidades para estos comités que estará disponible online en octubre.

Como **información independiente sobre medicamentos**, en la reunión del DURG-LA de la semana pasada en Corrientes, se creó un primer proyecto de relevamiento de la red de los centros de información de medicamentos (CIM), para hacer durante todo el año que viene un apoyo a las funciones y trabajo en red de estos centros. Justamente se vislumbró la importancia

actual del trabajo en red y que los centros de información podrían potenciar mucho sus esfuerzos si trabajaban conectados, y en esto va a haber también una colaboración y un apoyo de OPS.

Hay un boletín muy sucinto para profesionales de salud, el Boletín de Medicamentos y Salud para la Región de las Américas, que se distribuye por correo electrónico y está disponible en la web en el sitio <http://www.paho.org/spanish/ad/thhs/ev/ffa-home.htm>. Acaba de salir el último número con críticas e información general sobre efectos adversos, sobre eficacia comparada, etc. Es un boletín sencillo de cuatro páginas, y los que estén interesados en recibirlo pueden dejar el correo electrónico para estar en la base de datos. Luego también junto con el Foro Farmacéutico de las Américas se sacó una declaración sobre medicamentos falsificados y otra sobre control de tabaco, ambas en el 2005, que fueron difundidas por la Web.

Desde el punto de vista de la **educación** en URM, tratamos de enfocar el apoyo a la educación de prescriptores y de dispensadores, particularmente farmacéuticos. ¿Cuál es el objetivo de la educación a prescriptores? Modificar hábitos prescriptivos en base a la selección adecuada de la terapéutica contemplando el URM. Es decir, identificar cuál es la patología que tiene la persona y hacer una selección del grupo y una selección de la droga que sea conveniente para esa persona, y dar el medicamento adecuado. Para esto se han implementado cursos regionales también con el centro colaborador de La Plata, para generar formadores que después multipliquen estas acciones en los países.

Se ha dado apoyo al curso nacional del programa REMEDIAR, que es un curso a distancia con los módulos de uso racional de medicamentos que acompañó al programa REMEDIAR, y que estamos en conversaciones para impulsar en aquellas jurisdicciones o provincias que manifiesten interés. Por ahora lo vamos a hacer en la Ciudad de Buenos Aires a nivel de las residen-

cias, pero se está hablando con Nación y con las jurisdicciones interesadas, para hacer sectores especialmente dedicados a residentes de esta replicación del curso de URM.

Y también hay un curso a distancia sobre Uso Racional de antirretrovirales, que empezó hace 20 días y que se está implementando sobre todo para el Caribe, tanto de habla inglesa como para República Dominicana. El año que viene va a estar disponible para todos los países de Latinoamérica y consta de cinco módulos, está también basado en problemas y preguntas, y está en el campus virtual de OPS de Argentina.

Respecto de la **educación a prescriptores y dispensadores**, hay seminarios de Atención Farmacéutica, donde el objetivo es entrenar a los farmacéuticos para realizar dispensación y seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en comunicación con su médico y otros profesionales. Se ha implementado como parte de esto el programa de Atención Farmacéutica en Hipertensión, y el año que viene esperamos apoyar el programa de Atención Farmacéutica en Diabetes. Esto apunta, como dijimos, a entrenar a los farmacéuticos para realizar el seguimiento farmacoterapéutico en los pacientes y ser el apoyo al médico en este seguimiento, porque sabemos que después que termina la prescripción, se pierde aproximadamente un 30% a 50% de la eficacia por los problemas que surgen luego, sea que el paciente tiene problemas con el medicamento, que no entiende la indicación, etc.

Esta fue una experiencia que se realizó en los entrenamientos en Argentina, Brasil, Uruguay, Paraguay y Chile y donde se siguieron las cohortes, sobre todo en Paraguay y Uruguay, lamentablemente acá no se terminó de concretar, pero bueno hubiera sido interesante. El año que viene estaremos también en Paraguay y Uruguay largando el curso piloto de diabetes.

Siguiendo con las estrategias de educación, tenemos la **Acreditación de Carreras de Farmacia**, con el objetivo de

establecer un mecanismo de referencia para mejorar la calidad de las carreras de Farmacia en Latinoamérica. Esto incluye haber elaborado el borrador de un documento sobre acreditación con la participación de representantes de 8 países, más un glosario en desarrollo, enviado a más de 80 Escuelas de Farmacia.

Y aquí hay que mencionar que en noviembre del 19 al 21 se hará la Conferencia Panamericana de Educación Farmacéutica en Montevideo, Uruguay, donde va un representante de cada país de la delegación de escuelas de farmacias del país, y donde se van a discutir sobre todo en este caso los sistemas de acreditación, o sea la posibilidad de avanzar hacia un sistema de acreditación de carreras comunes, además de otros temas como Buenas Prácticas de Farmacia y Atención Farmacéutica.

Y en lo que respecta a **Buenas Prácticas de Farmacia**, aquí el objetivo es evaluar los componentes de la práctica de Farmacia en países de América Latina, y diseñar un plan progresivo para mejorar esa práctica de acuerdo a las necesidades del país. Para esto se inició junto con la Federación Internacional Farmacéutica (FIP) un programa de Buenas Prácticas de Farmacia en Uruguay, un piloto que resultó muy exitoso y que estamos tratando de reforzar y de iniciar en República Dominicana, en el cual Uruguay tendrá un papel de tutelaje, esto también para favorecer este rol de los dispensadores en las farmacias.

Todo esto se hizo sobre **tres pilares**, o dicho de otra manera en tres campos. En lo **educativo** trabajamos sobre modificaciones en el plan de estudios. En la **regulación** a través de una propuesta de modificación de la reglamentación, y en la **práctica profesional** mediante cursos y entrenamientos.

Por ejemplo para el año que viene está ya diseñado un estudio de uso de antirretrovirales en Pediatría, para evaluar y determinar justamente en la población pediátrica la adecuación a guías terapéuticas del uso de los esquemas de ARV en Pediatría en países de la Región. Esto es una forma de analizar y

tener un feedback para posibles correcciones respecto de esto que hablábamos antes, de países que manejan multiplicidad de esquemas que en definitiva atentan contra la adherencia y contra la facilidad de acceso.

Y en lo que hace a la última estrategia que habíamos marcado, la **contención de resistencia antimicrobiana**, se hizo una evaluación de la utilización de ATB en el 2005 – 2006, en conjunto con la sección de enfermedades transmisibles, y tanto en la comunidad tanto en hogares. Los objetivos fueron: determinar la composición y racionalidad del mercado, determinar los patrones (racionalidad, automedicación y frecuencia) de la utilización de ATB en el país, y determinar la calidad de una muestra de ATB. Los países donde se realizó fueron: Nicaragua, Honduras, Paraguay, Perú y República Dominicana. La encuesta se hizo en 1200 hogares y al punto de salida de unas 3000 farmacias, e incluyó el análisis del IMS.

Y mostramos como ejemplo los resultados en cuanto al **uso de ATB reportados en Nicaragua** (a nivel nacional), donde la estimación del uso no adecuado, según lo reportado, está en el orden del 62,3% y aún en aquellos casos que fueron prescritos lo inadecuado está en el orden del 50% del uso de antibióticos.

- Establecimientos (farmacias, centros): (similares resultados en 1.297 hogares)
 - Total de entrevistas: 3297
 - Prevalencia de compra de ATB: 20,4%
 - El 29,6 % indicó haber recibido dos o más tratamientos adicionales en los últimos seis meses.
 - Compra declarada de ATB sin prescripción : 34.2%
 - Uso no adecuado según lo reportado: 62,3%, de lo prescrito: >50% inadecuado.

Brevemente y ya finalizando, mencionemos **otras actividades desarrolladas**:

- Farmacovigilancia: Grupo de PARF. BPF
- FVG Caribe: St Lucia. Planes nacionales/subregional.
- Estudio comparativo LME y guías.
- Adaptación Guías HIV República Dominicana.
- BPC
- Grupo Falsificación: Hoja de ruta. Diseño de jornadas nacionales.

Vemos que respecto de Farmacovigilancia hay un grupo de trabajo de Farmacovigilancia de la **Red Panamericana de Armonización de la Reglamentación Farmacéutica** (PARF), que tendrá su reunión entre el 17 y 19 de noviembre de este año. Y este grupo ha desarrollado las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia (BPF), y las presentará en la Conferencia para su aprobación.

Otro grupo es el de **Buenas Prácticas Clínicas** (BPC), que ha desarrollado el documento correspondiente, que ya ha sido aprobado por la red y fue incluso adoptado por Argentina, y algunas otras actividades relacionadas por ejemplo a la falsificación. Hace dos semanas se realizó el primer trabajo de jornadas de formación de un grupo de trabajo en Panamá sobre combate de la falsificación de medicamentos, en las cuales participaron autoridades aduaneras, autoridades de policía, del ministerio de salud, de la industria y de la seguridad social, y ha quedado constituida una fuerza de trabajo con un plan de acción. La idea del grupo de falsificación es fomentar la formación de estos grupos en los países, y en él están participando Argentina y ANVISA cómo núcleos centrales de coordinación.

A modo de cierre y síntesis

Bueno, veamos a modo de síntesis qué dice la **Guía de la buena prescripción de la OMS**, cuando señala que los malos hábitos de prescripción son el origen de varios problemas, como los siguientes:

- Tratamientos inefectivos e inseguros
- Exacerbación o alargamiento de la enfermedad
- De tensión y daño al paciente
- De costes más altos.

Modificar los hábitos o costumbres de prescripción no es tarea de un curso, porque con un curso no se cambian los hábitos, sino de políticas, estrategias y continuidad. En eso tratamos de poner nuestro pequeño grano de arena e invitamos a todos a hacerlo, porque con un grano de arena solo no se hace nada.

El uso de la farmacoepidemiología en Planificación y presupuestación de las organizaciones de salud

Dr. Luis Alesso

Introducción

Muchas gracias a los organizadores de esta Jornadas por invitarme, y voy a comenzar diciendo que a mí me gusta contar algo de la experiencia y de lo que he vivido, y he preferido ese enfoque antes que dar una charla teórica sobre Farmacoepidemiología, y su uso en la planificación y presupuestación de las organizaciones de salud.

Pero comencemos con un pequeño apunte teórico, diciendo que la **Farmacoepidemiología** es un término que fue acuñado en Estados Unidos, donde en realidad saben muy poco de epidemiología, y en realidad no es otra cosa que epidemiología del medicamento. Para dar una definición formal, digamos que es el estudio del consumo y los efectos de los fármacos en la comunidad, e incluye estudios de Farmacovigilancia (FV), Farmacoconomía (FE), Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) y Ensayos Clínicos, y de alguna manera cada vez se van agregando más elementos a lo que es la Farmacoepidemiología.

La experiencia desde la APROSS

Aplicándola a la APROSS, que es la obra social de Córdoba donde yo me desempeñé como Director de Medicamentos, comencé haciendo un **diagnóstico de situación**.

Esto significó en primer lugar hacer un **estudio de la población, un empadronamiento**, porque cuando entramos en marzo del 2005 con el Dr. Rodolfo Rodríguez, muchas de estas cosas no existían, y para sorpresa nuestra esto era realmente era un páramo, y no sabíamos cómo se había administrado esa obra social hasta el momento.

Luego se hizo el estudio de **enfermedades prevalentes, enfermedades crónicas y enfermedades especiales**, y comenzamos a confeccionar los **Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento**, porque sin protocolos no se puede elaborar un vademécum, y a partir de esos protocolos de diagnóstico y tratamiento elaboramos un **vademécum** APROSS. Hecho esto, nuestro desafío ahora es el **seguimiento de las enfermedades** que estamos tratando en la obra social.

Como es sabido, la cobertura de la APROSS, la obra social de la provincia de Córdoba, es muy amplia e incluye los empleados estatales, provinciales, municipales, jubilados, poder judicial, entidades voluntarias, COSSPRA, y se van agregando cada vez más. Además en este momento se están agregando muchos voluntarios, porque nuestra obra social es una de las mejores del país, tiene una excelente cobertura y está siendo modelo para muchas obras sociales, gracias a Dios.

Brevemente, algunos números relevantes son los siguientes:

- Afiliados año 2005: 461.259
- Afiliados año 2008: 486.395
- Nacimientos: 417 x mes - 5.000 x año
- Fallecimientos: 137 x mes - 1.600 x año

Si comparamos lo que era el año 2005 con el año 2008 vamos a ver lo siguiente:

En el 2005, sólo se hacían algunos **empadronamientos**, como algunos crónicos, los trasplantados si estaban empadronados y los tratamientos oncológicos. En el 2008 están empadronados todos los pacientes de la APROSS, o sea todos los crónicos y todos los especiales.

En cuanto a los **Protocolos de Diagnóstico y Tratamiento**, cuando entramos en el año 2005 estaban desactualizados, y por ejemplo si hablamos de protocolos de oncología, a marzo del 2005 se estaban aplicando los protocolos del año '98, lo cual generaba un montón de amparos, que lamentablemente algunos nos seguimos ligando a pesar de todo. Pero para el 2008 ya hemos actualizado todos los protocolos y eso nos da un mejor marco de acción.

Con el **Vademécum** APROSS pasó lo mismo que con los protocolos. Al 2005 estaba desactualizado, y al 2008 lo actualizamos también en base a los protocolos que elaboramos.

Había un **convenio con la industria farmacéutica** en el 2005 que sigue existiendo al momento de esta charla, pero ese convenio no tenía una comisión de seguimiento. Lo primero que se hizo por resolución del Directorio fue nombrar una comisión de seguimiento, y esto generó al comienzo bastantes peleas pero afortunadamente en este momento estamos bastante calmos, y se han arreglado muchos temas, desde débitos reclamados hasta inclusión de medicamentos.

En el 2005 no había **Programas de Prevención** en la APROSS, en este momento, al 2008, hay muchos programas de prevención que es en lo que se debe basar la medicina fundamentalmente. Tenemos de diabetes, de hipertensión arterial, de insuficiencia renal crónica, de tabaquismo, etc, y siempre con la idea de ir agregando más programas de prevención.

Hasta hoy está **gerenciada por redes** y a partir del 1º de noviembre del año 2008, como fue anunciado por el gobernador

de Córdoba, se va a producir el **desgerenciamiento** y vamos a hacer un convenio directo con los médicos y con las clínicas, o sea que todos los pacientes de Córdoba van a poder elegir su médico en lugar de tener que ir a una determinada red, lo cual ha creado cierta expectativa en la población.

Las **guías para inclusión de medicamentos** a partir del año pasado se adaptaron a las guías australianas para inclusión de medicamentos. Entonces ahora se les solicita a los laboratorios que quieren incluir un medicamento una carpeta de eficacia clínica y otra de farmacoeconomía, que luego son evaluadas por diferentes comisiones, hasta que se eleva un informe final al Directorio para que apruebe o no la inclusión de ese medicamento.

En lo que respecta a **trazabilidad del medicamento**, a partir del año 2007, se hace una resolución en la cual se obliga a los proveedores de la APROSS a cumplir todas las indicaciones del Ministerio de Salud y de la ANMAT, y además les pedimos que tengan una autorización a los proveedores de los laboratorios que comercializan, y les pedimos el remito del medicamento que nos están vendiendo, con su número, fecha de vencimiento, etc. De esa manera tratamos de hacer un seguimiento y una trazabilidad del medicamento, porque tuvimos varias anécdotas, entre ellas una muy interesante de un factor VIII recombinante que nos ofrecían a mucho menos de la mitad del precio. Y como la ANMAT recomienda dudar ante este tipo de ofertas, llamamos a la primera droguería para ver por qué no nos traían remito, y nos dijo que se lo había comprado a otra droguería, llamamos a esta segunda droguería y tampoco tenía el remito porque se lo había comprado a otra droguería. Así, y para hacerla corta, llegamos a una quinta droguería en Buenos Aires que nos refirió que un amigo de él tenía una deuda y le había dicho que tenía unos Factores VIII, y él los aceptó y como se dice los dejó por ahí en un rincón... y ese era el Factor VIII que estábamos comprando, por supuesto sin saber la procedencia. De esta manera creemos que estamos evitando que entren

medicamentos falsificados o reciclados a la APROSS, lo cual es un logro.

No existían **programas de Farmacovigilancia**, entonces a partir del 2005 nos pusimos como efectores periféricos de la ANMAT con la Dra. Inés Bignone y con toda la gente de ANMAT, y reportamos a la ANMAT las reacciones adversas de los medicamentos. Hablar de Farmacovigilancia es un tema bastante arduo en nuestro país, yo viví diez años en Madrid y vi la evolución de la Farmacovigilancia allí, que es algo que Joan Ramon Laporte nos va a contar el 5 de octubre, cómo fueron sus últimos 30 años de Farmacovigilancia en España. Y esto tiene que ver con que primero hace falta educación, o sea las universidades actualmente en el país no educan sobre Farmacovigilancia, y las facultades de Medicina, de Odontología y de Farmacia tienen que educar sobre este tema, que es algo que nosotros estamos proponiendo allá en Córdoba. Yo coincidí con el Dr. Castro en cuanto a que la Farmacología se debe enseñar con casos clínicos, porque habrá excepciones por supuesto, pero hoy muchas cátedras de Farmacología siguen enseñándola de memoria, con el modelo de pasar al frente y decir por ejemplo la clasificación de antibióticos. Eso no sirve para nada porque la Farmacología se debe enseñar con casos clínicos aplicados. Eso por supuesto nos va a llevar tiempo, porque implica que hay que cambiar las universidades, pero por este tipo de cosas es que no aparecemos en el ranking de universidades del mundo ni a placet.

Respecto a **Auditoría de medicamentos**, teníamos protocolos desactualizados, sin consenso y sin medicina basada en evidencias. Ahora tenemos protocolos actualizados y consensuados con las sociedades científicas. Por ejemplo, esta mañana me acaba de llamar una médica que es la presidenta de la Sociedad de Oncología de Córdoba, porque ellos nos van a presentar una propuesta de protocolos de Oncología. Luego nosotros esos protocolos los hacemos revisar por la Universidad Nacional de Córdoba, con la cual tenemos un convenio, por la Escuela de Salud Pública y por el IEC, el Instituto de Eficacia

Clínica con el cual también tenemos un convenio. Finalmente elaboramos en conjunto un informe toda el área de auditoría médica de la APROSS, y elevamos ese protocolo al Directorio para que sea aprobado. Y cuando está aprobado le bajamos la línea a todos los oncólogos. Aparte de esto, el 1º de noviembre vamos a firmar un Acta de Procedimientos con los oncólogos para no salirnos de esos protocolos.

No había **farmacia** en la APROSS. Tuvimos que poner una farmacia porque creímos conveniente que todos los pacientes trasplantados, que todos los meses van a buscar los medicamentos, tengan la comodidad de ir a una farmacia en la APROSS. Y en este momento hay una hermosa farmacia en la planta baja de la APROSS con varios farmacéuticos al frente, y el paciente tiene la comodidad de ir y retirar su medicamento allí todos los meses. Dispensamos medicamentos para trasplantes, para fibrosis quística y para artritis reumatoidea, y poco a poco vamos a ir agregando otras patologías.

Como decíamos antes, tenemos **convenios** con centros de información de medicamentos, con la Universidad Nacional de Córdoba, con el IEC, etc.

Como los protocolos son muy estrictos y a veces los pacientes no son iguales, tenemos lo que se llama la vía de excepción y para eso hemos creado un sistema de **Juntas Médicas**, o sea llamamos al médico prescriptor en aquellos casos que creemos que está fuera de protocolo, para que nos explique por qué quiere hacer ese tratamiento, lo revisamos con nuestros auditores oncológicos y llegamos a un acuerdo para darlo o no al paciente, y de esta manera se resuelve el asunto.

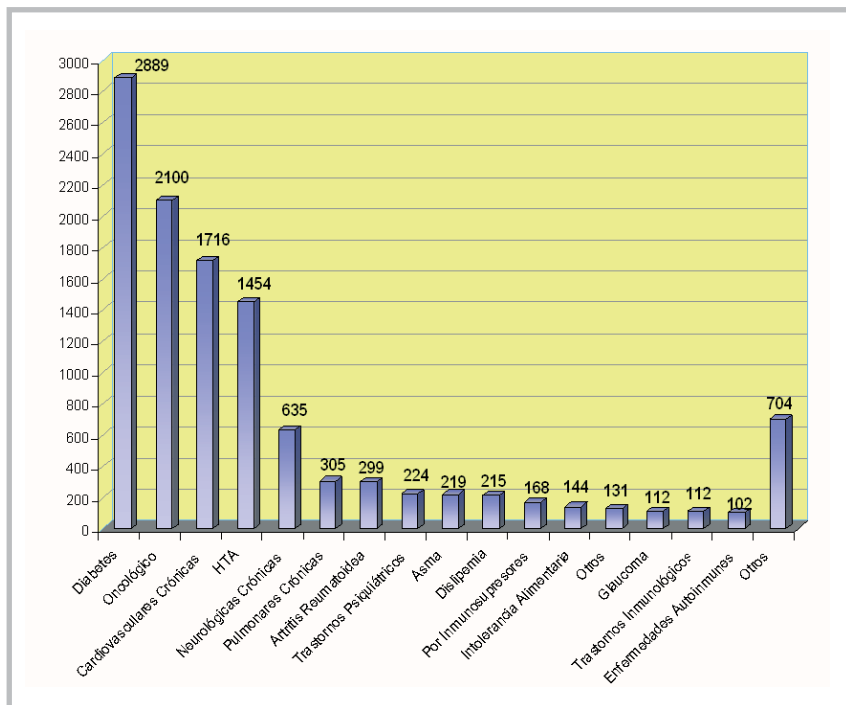
Finalmente, el desafío grande que tenemos en la obra social es el **seguimiento de las patologías** que luego voy a explicar más en detalle.

Vamos a ver lo que es actualmente, en el 2008, el **empa-**

dronamiento APROSS en cuanto a patologías. La tabla de abajo muestra el número de casos por patología, y en negrita se han resaltado aquellas que significan un gasto muy grande para la obra social, como es el caso de oncológicos, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea y fibrosis quística. En total tenemos **25.736 casos.**

Empadronamiento de patologías APROSS 2008 - TOTAL: 25.736			
Diabetes	6061	Tratamiento del Dolor	133
HTA	3880	Trastorno Bipolar	118
Cardiovasculares Crónicas	3820	Esclerosis Múltiple	112
Oncológicos	2907	Patologías Oftalmológicas	110
Neurológicas Crónicas	1104	Hematológicas Crónicas	94
Dislipemia	689	Insuficiencia Renal Crónica	93
Pulmonares Crónicas	608	Reflujo Gastroesofágico	89
Artritis Reumatoidea	527	Insuficiencia Cardíaca	61
Transtornos Psiquiátricos	518	Insulino Resistencia	54
Asma	446	Deficiencia de HGH	49
Glaucoma	421	Esquizofrenia	43
Por Inmunosupresores	405	Trast. Psicót. Ag. y Transit	42
Intolerancia Alimentaria	325	Hepatitis C	41
Enfermedades Metabólicas	313	Hepatopatías Crónicas	37
Epilepsia	307	Fibrosis Quística	36
Enfermedades Autoinmunes	276	Colitis Ulcerosa	36
Trastornos Inmunológicos	142	Otros	1705
Enfermedad de Parkinson	134		

Empadronamiento APROSS 2008



Fuente, Alesso L, 2008.-

Por ejemplo, hablando del alto costo podemos tomar el caso de la **artritis reumatoidea**: tenemos 25 pacientes con Abatacept, 71 con Adalimumab, 196 con Etanercept, 65 con Infliximab y 5 con Rituximab. En este grupo, Etanercept se lleva el mayor gasto de la APROSS por mes.

Y a la artritis reumatoidea, como ejemplo de patologías de baja incidencia pero muy alto costo, le siguen la Esclerosis Múltiple, el Linfoma no Hodgkin con el Rituximab, el cáncer de colon, el cáncer de mama, el mieloma múltiple, la leucemia mieloide crónica, la fibrosis quística, y ahora tenemos una nueva enfermedad entre comillas que se llama «síndrome mielodisplásico», que son pacientes que vienen muy baquetea-

dos y generalmente ya con trasplantes autólogos de médula, etc, y es una enfermedad muy grave.

Y en este contexto tenemos los nuevos fármacos como por ejemplo los hipometilantes. Entonces hace unos días nos vinieron a plantear de un hospital de Córdoba el tratamiento de estos pacientes: el costo de medicamentos por mes era de \$30.000 y el módulo que nos cobraban era también de \$30.000, o sea que en total serían \$60.000 por paciente. La pregunta fue *¿Y cuántos pacientes cree doctor que podemos tener? Aproximadamente 40 en 100.000*, fue la respuesta, y allí por supuesto calculadora en mano vimos unos 4 millones de pesos mensuales... Entonces con el doctor Rodríguez nos levantamos, cerramos la puerta y nos fuimos a la parte privada.

Con todo esto, simplemente queremos mostrar lo complejo que es hoy el tema costos en medicamentos.

Desafíos actuales en APROSS

Vamos a ver cuáles son los desafíos que tenemos.

Uno de los desafíos muy grandes que tenemos en este momento es la **judicialización de la medicina**. Puedo citarles muchos casos pero voy a tratar de que veamos dos o tres. Nosotros estamos presentando en el Congreso Mundial de Farmacovigilancia que se hace por primera vez en América Latina del 5 al 8 de octubre de este año aquí en Buenos Aires, por ejemplo un trabajo de «*Off- Label Use*», de sobreuso del rituximab en cáncer de ovarios, por supuesto el rituximab no está indicado en el cáncer de ovarios. Con mucho criterio nuestros auditores rechazaron el pedido al médico, y por supuesto qué hizo el paciente: habló a un abogado, el abogado fue el juez, y el juez pasó por encima de la F.D.A., de la EMEA, del ANMAT y de todos los permisos que se requieren para hacer una investigación en Fase 1, y nos obligó a pagarle, a cubrirle esa cobertura al paciente. Al mes y medio o dos meses nos

llama al médico y nos dice que tenemos que suspender el medicamento porque la paciente había tenido una reacción adversa y había progresado mucho la enfermedad. Entonces ahora estamos preparando un informe al juez para decirle qué pasó, para mostrarle lo que nos hizo gastar, para que vea la cifra y que vea también que no sirvió de nada, muy por el contrario, empeoró al paciente.

Otro caso, por ejemplo, fuera de protocolo fue de Lapatinib, creo que en un caso de cáncer de ovarios también, donde por supuesto que no estaba indicado. Y también tuvimos que suspenderlo porque el Lapatinib le hizo una reacción adversa bastante grave. Esos casos los vamos registrando en las fichas de Farmacovigilancia y las enviamos a la ANMAT. Ayer estuve en Tribunales declarando delante del juez, por un caso relacionado a la somatotrofina, que es una hormona que se utiliza para el tratamiento de crecimiento. Nosotros en el momento que se dieron los hechos teníamos en la obra social cinco marcas de somatotrofina y una no estaba, porque ese laboratorio estaba fuera de las Cámaras, y como nosotros tenemos el convenio con CAEME, CILFA y COOPERALA, o sea con las cámaras de los laboratorios, en ese momento no estaba disponible. El paciente había sido tratado con esa marca comercial, pero le tuvimos que decir que teníamos todas estas otras marcas, incluida la de referencia y que tomaba Lionel Messi, pero ni aun así lo pudimos convencer al paciente. Y el paciente hizo lo consabido: primero al abogado, luego al juez y el juez nos obligó a dar otra marca. Y así fue como ayer estuve explicando que según los estándares internacionales, la EMEA considera que todas tienen el mismo standard internacional. Entonces yo creo que los jueces tendrían que asesorarse muy bien, no digo llamar a gente de la EMEA, pero sí con peritos. Ese es uno de los grandes desafíos que tenemos acá, tener un par de peritos médicos, porque yo de pronto me sentía absurdo hablando delante de una abogada y explicándole la Denominación Común Internacional, las células, las bacterias, cómo se fabrica un medicamento, la metodología, etc. Y todo para

que no llegáramos a ningún entendimiento y las preguntas fueran por sí o por no, lo cual distaba de ser un debate técnico o científico.

Con respecto a la judicialización de la medicina voy a contar una anécdota. Hace un mes y medio estuvimos con un funcionario español de Andalucía que está en el Ministerio de la Sanidad, y cuando le preguntamos si allá en España hay amparos nos miró como bichos raros, porque en España los jueces no intervienen en la parte de salud. Entonces uno de los grandes desafíos que tenemos es la judicialización de la medicina, creo que hay que hacer cursos para jueces, estamos proponiendo eso, es una causa pendiente.

Otro de los desafíos tiene que ver con la **cantidad de obras sociales** que tenemos en el país. Por supuesto no vamos a compararnos con otros países, yo tuve la suerte de estar esos diez años en España y ver la magia de una sola obra social. Acá se junta un grupo de sindicalistas y en un minuto te hacen una obra social, tenemos montones, vamos a llegar a las 500 obras sociales... y habría que buscar alguna forma de unificar y de hablar ese tema. Yo sé que esto despierta risa porque somos argentinos y vamos a seguir así para siempre, pero yo creo que si seguimos así para siempre nos vamos al abismo... entonces no debería despertar mucha risa.

Los **protocolos** hay que unificarlos con criterios de medicina basada en la evidencia. Ese es otro desafío que tenemos, yo creo que la Superintendencia debería bajar protocolos a todo el país que utilicen criterios de medicina basada en la evidencia, y que las obras sociales deberían aplicar esos protocolos. Y en los convenios que se firmen con los médicos hay que obligarlos a que no se salgan de esos protocolos, porque sino nos crean un desbarajuste en las obras sociales.

El **vademécum** tiene que estar basado en eficacia clínica, tienen que incluir medicamentos basados en eficacia clínica y

también hay que demostrar con Farmacoeconomía en qué le beneficia a la obra social incluir un medicamento nuevo.

En cuanto a la **trazabilidad de medicamentos**, hemos estado hablando con el Viceministro de Salud de la Nación, Juan Carlos Nadalich, y hay un proyecto de ley a nivel nacional para que exista una ley que obligue a todas las obras sociales, a todos los hospitales, etc, a contar con trazabilidad, porque hay muertes que podrían haberse evitado con la trazabilidad.

Un desafío más es la formación en Farmacovigilancia, es imperioso formar a los médicos, farmacéuticos y odontólogos, a todo los que prescriben en Farmacovigilancia y eso estamos proponiéndolo en todas las universidades. La Farmacovigilancia nos ayuda en la seguridad del medicamento, el medicamento es seguro cuando hay Farmacovigilancia y es inseguro cuando no la hay, porque no podemos los médicos ver en los prospectos cuáles son todas las reacciones adversas, particularmente con medicamentos nuevos y complejos, que a veces tienen reacciones adversas gravísimas que no están descriptas.

Entonces de pronto tenemos que aportar todos los profesionales de la salud a la ANMAT esas fichas de Farmacovigilancia, las universidades tienen que enseñar Farmacovigilancia y la ANMAT tiene que difundirla más. La pregunta es: ¿tiene que ser obligatoria o no la Farmacovigilancia? En España es obligatoria, y yo coincidido con eso.

Finalmente otro desafío es tener **estudios de Farmacoepidemiología pero con datos de Argentina.**

Reflexión final

Y como reflexión final: pensar que lo importante es no matar a la gallina de los huevos de oro, porque como dije al comienzo, si una enfermedad a mí me cuesta 4 millones de pe-

sos por mes, y mis fondos son por ejemplo 5 ó 6 millones, con qué voy a comprar ese tratamiento y cuánto me queda para el resto.

Esto es una responsabilidad compartida entre la industria farmacéutica, entre la ANMAT, el Ministerio de Salud, entre los entes regulatorios y entre todos, porque sino en dos años todas las obras sociales se funden, particularmente si seguimos con la aplicación de estos procedimientos y seguimos aplicando datos farmacoepidemiológicos de otros países, que es lo que estamos haciendo en este momento.

El Uso Racional del Medicamento

La experiencia desde el Ministerio de Salud de Santa Fe

Dra. Beatriz Martinelli

Introducción

Gracias a los organizadores por la oportunidad de compartir este lindo encuentro. Como he quedado para el final, la introducción será muy breve y me limitaré a decir que a semejanza del Dr. Alesso, pensé que sería interesante y útil adaptar el tema de la Mesa a nuestra experiencia y a la responsabilidad que tenemos en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, y pensar en el uso racional del medicamento y las Organizaciones de Salud.

Un poco retomando lo que dijo el Ministro esta mañana, la política de salud se basa también en la política de regionalización o de descentralización que ha adoptado el Gobierno de la Provincia de Santa Fe, la cual se ha dividido en cinco nodos en el marco de la descentralización político-administrativa:

- Región 1: Nodo Reconquista
- Región 2: Nodo Rafaela
- Región 3: Nodo Santa Fe
- Región 4: Nodo Rosario
- Región 5: Nodo Venado Tuerto

Antes, no solamente cada ministerio sino también la Policía o la Justicia, dividían nuestra provincia en distintas circunscripciones: por ejemplo Salud la dividía en ocho áreas, Educación en seis regiones y la Policía en 19 jurisdicciones, es decir que cada uno tenía su propio criterio. Y la idea de esto es respetar los circuitos que sigue la gente para resolver sus problemas, respetar los espacios de accesibilidad geográfica, e ir también pensando que en un territorio extenso como es el de la provincia de Santa Fe, los problemas de salud se puedan ir resolviendo en los lugares más cercanos a donde vive la población.

Nuestra provincia tiene una realidad muy disímil en el norte o en el sur, hoy decía el Dr. Cappiello que en el norte la mayoría de los servicios son públicos y de hecho en muchos lados son los únicos que existen. Por lo contrario, en el sur hay muchas localidades y muchos pueblos pequeños que no tienen servicios públicos, cuentan solamente con privados, entonces esto nos hace pensar en distintas estrategias y en distintas decisiones que hay que tomar por región. Para dar sólo un ejemplo, nosotros estamos pensando para pueblos del nodo Venado Tuerto, en el sur de la provincia, en donde por ejemplo no existen los laboratorios públicos de análisis clínicos, en hacer convenios con los laboratorios privados para la población que no tiene cobertura.

Política de medicamentos

La política de medicamentos es una parte integrante y sumamente importante de cualquier política para un sistema de salud. Si ese sistema de salud está bien diseñado, tiene estrategias importantes, profesionales y recursos humanos que trabajan adecuadamente pero, la política de medicamentos falla; ese sistema nunca va a poder ser bien visto por la población y no va a poder resolver eficazmente los problemas de salud de esa población. Y yo traía en relación a esto una frase que también citó hoy el Dr. Castro, del mismo autor, Joan Ramon Laporte, y que la repetimos porque vale la pena hacerlo: «*La Selección de Me-*

dicamentos no es un ejercicio de austeridad, sino de inteligencia clínica». Y creo que esto, más que ser una casualidad, de algún modo demuestra la coherencia ideológica que hay en esta Mesa, en relación a la importancia que tiene para el uso racional del medicamento la posibilidad de la selección de medicamentos con criterios científicos, de eficacia y de seguridad para el paciente.

Entonces si pensamos en una política de medicamentos que tenga varios componentes, éste es un componente esencial: la selección del medicamento en base a un listado único (FTP) según cada nivel de atención.

Nosotros lo hemos hecho en nuestra provincia, lo hemos presentado en un acto público el pasado 26 de agosto, lo hemos impreso y se ha distribuido en todos los nodos de la provincia para que le llegue a cada uno de los profesionales. Este Formulario plantea niveles de uso de las drogas, creo que el Dr. Castro también mostró un gráfico en donde las distintas drogas tienen distintos niveles de usos, y distintas responsabilidades en ese uso por parte de cada especialista o por parte de cada profesional. Es distinto el nivel de uso en un centro de salud que en un hospital de alta complejidad. Y también tiene en cuenta el número de drogas que cada profesional pueda manejar conociendo verdaderamente su mecanismo de acción, sus efectos adversos y las dosis indicadas, porque probablemente ese número no exceda las 30 drogas. Por eso esto es una herramienta de ordenamiento, de seguridad para el paciente, de inteligencia clínica y científica en el uso del medicamento, y también de garantía por parte del sistema de salud de qué compras hacer, de qué comprar y cómo hacerlo.

Esta aplicación del Formulario va acompañada a nuestro entender por la conformación de una Comisión Provincial de Medicamentos, que hemos integrado con personas que cumplen su tarea ad honorem. Entre estas personas algunos son integrantes del servicio de salud de la provincia, otros son integran-

tes de instituciones de la provincia como colegios de médicos o de farmacéuticos, y todos se caracterizan por tener amplios conocimientos y una sólida trayectoria en la defensa del uso racional del medicamento.

Hoy acá tenemos a dos de los integrantes que están con nosotros, el Dr. Ribeiro y la Dra. González, y esta Comisión va a tener un funcionamiento semanal en el ámbito de la Dirección de Farmacia de la provincia, con un espacio físico para reunirse, y una posibilidad de acceso por mail y telefónico para ir resolviendo distintas situaciones y problemas que se vayan presentando con la aplicación del Formulario. La semana pasada, uno de los primeros temas que discutió esta Comisión fue la posibilidad de aplicar en las compras que realizan todos los efectores en los grandes hospitales de nuestra provincia, que son aproximadamente unos 20, de poder aplicar en esto un pliego de compra de medicamentos, que traduce las drogas que están en el Formulario y traduce sus presentaciones farmacéuticas. Este Formulario, no lo dijimos antes pero lo aclaramos ahora, se va hacer con las recomendaciones de la COMRA, la Confederación Médica de la República Argentina y de CONAMED que es la Comisión Nacional de Medicamentos, y por supuesto también basado en las recomendaciones de OMS y de OPS sobre URM.

Como decíamos, este pliego de compras de medicamentos está siendo analizado en este momento por la Secretaría de Administración del Ministerio, y tenemos planificadas reuniones con los representantes del Estado, de cada uno de estos grandes hospitales de autogestión de nuestra provincia, y con los contadores de estos hospitales, para presentar este pliego, y que sea esta herramienta, la herramienta de adquisición de medicamentos de toda la provincia, para poder efectuar una adecuada fiscalización de las compras de medicamentos dentro del FTP en toda la provincia

Por supuesto otro componente de la política de medicamentos provincial consiste en promover la prescripción por la

nombre genérico o DCI, ya que nuestra provincia tiene una ley al respecto que data del año 1990, la Ley Provincial 10496/90. Para esto estamos garantizando la llegada de los formularios oficiales a todos los efectores de salud, aunque hubo algunas trabas y algunas demoras, y hemos acordado hacerlo con la imprenta oficial de la provincia, porque ésta es una herramienta prioritaria para que las recetas sean hechas en estos formularios oficiales y como lo indica la ley.

Y como se dijo acá, nuestra provincia tiene implementado desde hace varios años un programa de Farmacovigilancia que también es una herramienta clave para promover el uso racional de medicamentos. Además este programa de Farmacovigilancia se acompaña con convenios de control de calidad externo del medicamento; hay convenios con la Universidad Nacional del Litoral y con la Universidad Nacional de Rosario para fiscalizar y para comprobar la eficacia y la calidad de los medicamentos. Nos ha ocurrido este año que hemos tenido que retirar de la provisión un polivitamínico, porque en uno de los controles externos de calidad que hizo la UNL se detectó que no tenía una de las vitaminas que decía que incluía. A partir de esto se hizo una denuncia en ANMAT y el lote de este medicamento fue retirado del mercado a nivel nacional.

Otro de los componentes esenciales de una política de medicamentos es la distribución eficaz. Nuestra provincia tiene muchos déficits en este aspecto, hoy la distribución está muy concentrada en una droguería central en la ciudad de Santa Fe, nosotros vemos que esto es una dificultad para la llegada de medicamentos en tiempo y forma, y estamos discutiendo con cada uno de los nodos nuevos mecanismos de distribución, en los que cada nodo en los que se divide nuestra provincia tenga mayor participación en esta distribución.

Y otro aspecto muy importante es el fortalecimiento de la producción pública de medicamentos. Hoy lo estuvimos escuchando en este encuentro cuando compartimos la experiencia

de Brasil. Nuestra provincia tiene dos laboratorios de producción pública de medicamentos, hoy se mencionaba que en el país hay aproximadamente unos 30 laboratorios públicos, de estos 30 laboratorios, 6 poseen para sus diferentes áreas, no para todo pero sí para sus diferentes áreas, habilitación de ANMAT. En Santa Fe de estos seis laboratorios tenemos dos: uno es el **LIF** que es el Laboratorio Industrial Farmacéutico del Ministerio de Salud de la Provincia, y el otro es el **LEM** el Laboratorio de Especialidades Medicinales de la Municipalidad de Rosario.

Haciendo una breve reseña histórica y solamente para que lo conozcan, el LIF se crea en el año 1947 cuando a nivel nacional se le da impulso a la creación de lo que eran las farmacias hospitalarias. Luego su situación fue cambiando y en 1987 sale la Ley Provincial 10069 de creación del LPFM, hasta que se transforma en una sociedad del Estado en 1999. Y el LEM se crea en el ámbito de la Secretaría de Salud Pública en el año 1993, y se transforma en sociedad del Estado en 1998.

Las áreas de producción independientes que tiene el LIF son el área de sólidos y el área de semisólidos. En sólidos tenemos comprimidos betalactámicos, comprimidos no especiales y suspensiones pediátricas betalactámicas. De estas áreas tenemos habilitadas por ANMAT la de suspensiones pediátricas betalactámicas y comprimidos betalactámicos, y en semisólidos están las cremas escabicida y pediculicida.

Estas son las cantidades anuales de producción del LIF en millones de comprimidos anuales:

- Comprimidos B-lactámicos: 30 millones anuales
- Comprimidos No especiales: 40 millones anuales
- Suspensiones B-lactámicas: 800 mil frascos anuales
- Cremas: 1 millón de pomos anuales

Y éstas son las áreas de producción del LEM, que son independientes entre sí:

- Sólidos: 25 millones comprimidos anuales
- Líquidos y Semisólidos: (área habilitada por ANMAT)
 - o 300.000 goteros anuales
 - o 200.000 pomos cremas anuales
- Inyectables Mayores (Hoy abastece a la Secretaría de Salud Pública y tiene un excedente que intercambia con efectores de la provincia)
 - o 1 millón sueros anuales
- Provee cobertura 20 % demanda de la SSP

Uno de los ejes de esta política de uso racional del medicamento es la posibilidad de fortalecer esta producción pública, y una de estas posibilidades de fortalecimiento es promover el intercambio y promover que estos laboratorios puedan tener un rol complementario, que puedan coordinar sus esfuerzos con otras experiencias, como aquí se dijo, y que puedan tener un crecimiento en conjunto. Este intercambio se ha venido sosteniendo desde hace unos años, y hoy el LIF, el laboratorio del Ministerio de Salud está aportando amoxicilina y cefalexina en comprimidos y suspensión a la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. Y el LEM está aportando a la provincia de Santa Fe, Acido Fólico, Hidroclorotiazida, Betametasona y Salbutamol gotas, y Fenobarbital 100 mg en comprimidos.

A partir del año 2008 hemos logrado aumentar este intercambio, el LEM está aportando Paracetamol gotas, Fenobarbital 15 mg, y Miconazol crema, en tanto que los aportes del LIF incluyen ahora Permetrina al 2.75 % y 5 % a la SSP.

En el cuadro vemos lo que son las áreas de producción del LIF, allí tenemos el área de suspensiones, la mezcladora universal y la blistera en comprimidos.



Lo que sigue es la participación del LIF en la demanda provincial, si bien estos son datos anteriores al 2008, que supongo que se van a modificar dado que está pensado incorporar otros 39 productos al Formulario de Atención Primaria, a partir de que podamos disponer del presupuesto 2009.

- Aporta el 53% del consumo en APS
- Aporta el 10% del consumo general
- 11 de los medicamentos de mayor consumo
- Cubre el 75% de los comprimidos y el 50% de las suspensiones y gotas (en unidades medicamentosas)

¿Cuál es la participación la demanda? Participa en el 20% del gasto en medicamentos, esto está calculado tomando los 18 hospitales de mayor consumo que tiene nuestra provincia, y dos de sus especialidades se ubican entre las diez que representan el mayor gasto para la provincia de Santa Fe.

- 2 productos de los 10 de mayor gasto:
 - o Amoxicilina – Cefalexina (comprimidos)
- 5 productos de los 20 de mayor gasto:
 - o Amoxicilina (susp) – Ibuprofeno- Enalapril
- 8 de los 30 con mayor gasto:
 - o Metformina
 - o Ranitidina
 - o Cefalexina (suspensión)

También una noticia importante para nosotros que se mencionó esta mañana es que desde el año 2008 - 2009, el laboratorio podrá proveer cefalexina al programa REMEDIAR. Nos hemos comprometido en aproximadamente 10,5 millones de comprimidos para los próximos seis meses, de aquí a fin de año con un compromiso de continuar seis meses más, y tenemos en estudio la posibilidad de incluir amoxicilina en comprimidos. También hay avances con el laboratorio de la Municipalidad de Rosario para proveer al REMEDIAR Miconazol crema, el pedido de ellos es de 240.000 pomos para seis meses de consumo de este programa, y está en estudio la posibilidad de proveer para el año 2009 Betametasona en crema.

Conclusiones

Hemos hablado bastante sobre Farmacovigilancia, y queremos destacar que con ello buscamos favorecer el Uso Racional del Medicamento, promoviendo la utilización de medicamentos eficaces, seguros y de calidad, fomentando una activa participación de los profesionales de la provincia en la denuncia de efectos adversos, falta de eficacia y en la prevención de los Errores de Medicación.

Finalmente y para concluir, quería mencionar alguna de las actividades realizadas en Farmacovigilancia por nuestra provincia en el año 2008:

- Se han distribuido a una red de aproximadamente 1000 personas vinculadas a los servicios de salud, tanto públicos como privados e instituciones, un total de 20 boletines informativos.
- Hubo un total de 18 Alertas, de 5 Boletines de Seguridad y 61 Notificaciones tramitadas.
- Estamos trabajando en articulación con la Academia Nacional de Medicina en un proyecto sobre Seguridad del Paciente.

Y para terminar nos pareció adecuada esta frase de Gianni Tognoni, que incluso hemos colocado también en nuestro Formulario Terapéutico que dice que **«El uso racional del medicamento es el ejercicio de la independencia social de los pueblos»**



MESA N° 4

Calidad, distribución y financiamiento del medicamento: la mirada de la industria

Coordinador: Farm. José Cid

Es un gusto compartir estas Jornadas, que ya no son más diríamos de la provincia de Santa Fe solamente, sino que son cada vez más Jornadas Federales. Pensaba yo que se daba realmente una coincidencia histórica, porque se realizan en San Nicolás, y recordaba justamente el Acuerdo de San Nicolás, que se produjo después de una batalla histórica, donde se resolvieron las contradicciones de un país. Y si bien naturalmente hubo entonces un ganador y un perdedor, Urquiza y Rosas respectivamente, ambos contribuyeron a la identidad nacional. Quizás esa batalla sirviera fundamentalmente para la reorganización institucional de la Nación. Y a partir de allí, pensaba también que esta reunión, estas Jornadas 2008 son un hecho histórico de la Federación Farmacéutica, porque la historia debe ser mirada desde una perspectiva de integración institucional.

A nivel general han pasado muchos años de historia, muchos momentos históricos donde la Nación Argentina tuvo la

posibilidad de concentrar una unidad institucional. Y, personalmente, creo que hoy se está viviendo uno de esos momentos históricos. Lamentablemente aún no existe una unidad institucional, porque por esas cosas del destino se creyó que la salida era la concentración política de los poderes en hombres y no en instituciones, y la gran salida de Argentina es justamente el fortalecimiento de las instituciones.

¿Y qué tiene que ver esto con la actividad farmacéutica? Tiene que ver porque en esta Argentina nos va a tocar cabalgar entre instituciones que se caen e instituciones que surgen. Es con ese criterio que se creó sabiamente la Federación Farmacéutica, donde Manuel Agotegaray, como su gestor, tuvo una decisión inicial que fue personal, pero que hoy ya es institucional porque la comparte, por ejemplo en este escenario institucional científico, tecnológico, productivo, de comercialización y de distribución, con una libertad absoluta.

La libertad de expresión que caracteriza este espacio es algo que nos obliga a todos. A mí al expresar estos conceptos, y a las otras instituciones y actores presentes en esta Mesa para que pensemos en el conjunto, en construir desde la armonización y no simplemente en defender cada uno un sector pensando o aislándonos del conjunto. Creo que para salvarnos necesitamos de un pensamiento integral. Porque todo no se resuelve desde el Estado o desde la política de medicamentos, aunque exista una voluntad de resolver el problema de los medicamentos complementada con una excelente concepción del Estado. Los santafesinos tienen un ministro que es capaz de darnos una clase de filosofía y de acción política, pero eso no sucede en toda las provincias. Yo vengo de una provincia chica como es San Luis, donde quizá el Estado se equivoca en la concepción de plantear alternativas de producción con el mercado, sin tomar en consideración el verdadero rol del medicamento, ni entender que no sólo se pueden plantear políticas públicas cuando existe una crisis social y se la debe contener, sino que el rol del Estado por ahí pasa por otro lado. E incluso en el Estado Nacional creo

que esto preocupa, y hay una intención de aumentar el porcentaje del producto bruto interno para lo que es el gasto público en salud. Ese es el verdadero desafío, pero siempre respetando a los actores del mercado.

Digamos que existen actores de distintos lugares, como están por ejemplo representados en esta Mesa, y esta es una buena ocasión para la integración, es el momento de construir un plan de salud en serio y es el momento de respetar la seguridad jurídica. Todo esto implica animarnos a hablar del tema de la propiedad intelectual, porque hay un mundo de innovación tecnológica que se nos viene y lo tenemos que absorber. Eso nos va a dar la seguridad regional y la posibilidad de crecer como país, si integramos en serio todas estas variables, todo lo que se viene en innovación, y si el hecho de definir el Estado las políticas públicas significa que invierte en ciencia y tecnología. En ese contexto integrador es posible que nos podamos comparar en este paradigma del futuro, porque el que posee el conocimiento quizás posee la capacidad de transformación y quizás también la capacidad de dar respuesta a la salud en forma integral.

En este esquema de integración y en este clima de libertad, quiero felicitar a las autoridades de la Federación Farmacéutica por hacer éste esfuerzo organizativo, y desearles sinceramente que sigan construyendo esta confianza y esta armonía con Brasil y con el resto de nuestros hermanos latinoamericanos; es una posibilidad de hacer un mundo mejor para todos y que los argentinos necesitamos para despegar definitivamente.

Paso ahora a presentar a nuestros disertantes en la Mesa, que tiene un título quizás demasiado abarcativo, como es «Calidad, distribución y financiamiento del medicamento: la mirada de la industria», y sobre el cual cada uno nos dará su particular enfoque.

El Dr. Adriano Castronuovo es médico, especializado en Medicina Interna con un Postgrado en Efectividad Clínica y otro

Postgrado en Economía de la Salud de la Universidad de York, Inglaterra. Trabaja en la industria farmacéutica desde el año 2000, y actualmente ocupa la posición de *Market Access Head* de Novartis Argentina SA, siendo además miembro del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina.

El Lic. Víctor Hugo Quiñones, es licenciado en Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Posee un Master en Economía de la Salud y Medicamentos de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, España, con Postgrado en Negociación de la Universidad Católica Argentina, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas de la Ciudad de Buenos Aires, y actualmente es Gerente de Asuntos Económicos e Internacionales de CAEME.

La Lic. Clara Suárez es Licenciada en Economía, docente de la Facultad de Ciencias Económicas y Profesora Adjunta de la Cátedra de Administración de la Salud de la Universidad de Buenos Aires.

El Dr. Eduardo Franciosi es Contador Público Nacional y se desempeña como Director Ejecutivo de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos CILFA).

Finalmente dos palabras para presentarme, ya que tengo el gusto y honor de coordinar esta Mesa en representación de FEFARA: soy farmacéutico, profesor especialista en Educación Superior y docente e investigador de la Universidad Nacional de San Luis. Y ya damos la palabra al primero de nuestros disertantes, el Dr. Adriano Catronuovo:

Calidad y Financiamiento del medicamento

Dr. Adriano Castronuovo

Introducción

Agradezco a los organizadores de estas Jornadas la invitación a participar de esta Mesa. Mi propósito es hablar de calidad y financiamiento del medicamento, y si bien el título invita a hablar de calidad, distribución y financiamiento, en mi caso no voy a hablar de distribución primero porque es un tema que no domino, pero fundamentalmente porque yo creo que la ANMAT está en un momento difícil para charlar este tema, así que me abocaré a considerar calidad y financiamiento.

Creo que para cualquier charla es importante siempre plantear de entrada el o los conflictos de interés que uno tiene, esto tiene que estar claro, porque involuntariamente uno puede presentar algún sesgo al hablar. Y mi conflicto de intereses puede plantearse sintéticamente diciendo que soy empleado full-time de Novartis Argentina S.A., soy además integrante del Capítulo Argentino de ISPOR (*International Society for Pharmacoeconomics and Outcome Research*), y soy docente del Instituto de Investigaciones Epidemiológicas de la Academia Nacional de Medicina.

Calidad del Medicamento

Vamos a hablar de calidad, y digamos entonces que **la calidad es una de las cuatro grandes barreras regulatorias: la eficacia y la seguridad** primero, luego viene el tema de la

calidad, y la cuarta barrera a la que me voy a referir después sería la **costo-efectividad**. Pero el primer punto que quiero aclarar es que la costo-efectividad suele no ser una barrera regulatoria, porque no es que el producto se aprueba o no se aprueba si es o no costo-efectivo, sino que después se reembolsa o no se reembolsa en virtud de ese criterio. El ejemplo paradigmático es Australia, donde el 80% de la medicación está aprobada como costo-efectiva, pero hay un 20% que se vende muy poco, y que está aprobada regulatoriamente pero no está aprobada como costo-efectiva.

Quiero subrayar antes de entrar en el tema de calidad propiamente dicha que hay **tres aspectos que tienen que ver con la calidad**: **Calidad en el desarrollo**: que tiene que ver con la investigación clínica y que por suerte nuestro país es muy importante; **Calidad del reporte**: que no es algo menor y que quiero señalar, y **Calidad en la interpretación**: algo que ya se habló en las mesas anteriores sobre medicina basada en evidencia.

Calidad en el desarrollo

Argentina es uno de los países líderes de la Región, y la Región ha tomado liderazgo dentro de mundo en investigación clínica. Esto es importante porque cuando hablamos de la calidad del dato para que se crea la investigación clínica, tenemos que saber de dónde sale. Si participamos de la investigación clínica y sabemos de dónde sale, tenemos un buen dato y eso impacta en la información. Que no se entienda con esto que estoy discriminando a los productos que no hacen investigación, o sea que creo en el concepto de genérico y creo que se puede aprovechar la investigación que hace el original, entonces no estoy entrando en esa discusión, sino que estoy destacando que tener buena investigación clínica en la Argentina impacta posteriormente en la buena calidad del medicamento, por la sensación y por el sentimiento de calidad de todo el equipo de investigación.

Veamos algunas **cifras y datos** que tomé de CAEME.

- En primer lugar y hablando a nivel mundial, la inversión en I&D mantiene una tendencia creciente, pero la destinada a Europa y Oceanía tiene un ritmo expansivo superior.
- Latinoamérica presenta un relativo estancamiento como destino de la inversión en investigación clínica, y Argentina mantiene su importancia regional.

Cuadro 1. Contexto Mundial

INVERSION I&D POR AREAS GEOGRAFICAS	MILLONES US\$		CREC.	TAAC
	2001	2005		
TOTAL*	29.723	39.858	34%	7,6%
ESTADOS UNIDOS	23.502	30.969	32%	7,1%
EUROPA	4.035	6.769	68%	13,8%
OCEANIA	63	145	131%	23,3%
LATINOAMERICA	167	175	4,7%	1,2%
ARGENTINA	47	50	5,8%	1,4%
PARTICIPACION ARG. / LATINOAMERICA	28,1%	28,4%		

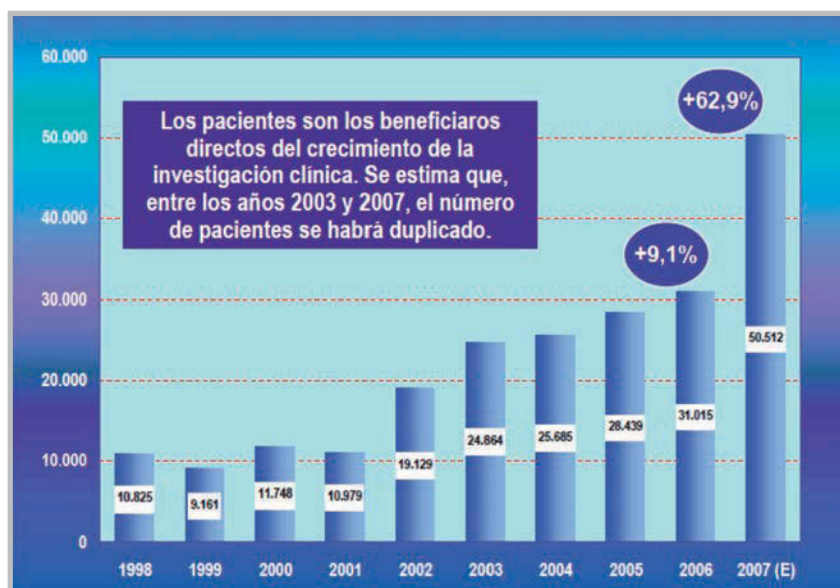
TAAC: Tasa acumulativa anual de crecimiento
 (*) Corresponde a laboratorios miembros de PHARMA e incluye gastos en investigación pre-clínica y clínica
 Fuente: Pharmaceutical Industry Profile 2007 (Washington, DC: PHARMA, March 2007) y encuesta interna CAEME

O sea que la participación argentina y latinoamericana se está manteniendo pero no está creciendo. Y esto lo digo porque se alzan voces diciendo que como Argentina es barata vienen a investigar a Argentina. Pero nuestros investigadores no son baratos, y si se quiere en todo caso tienen una relación costo-efectividad muy alta, son muy buenos, están muy bien calificados y generan mucha calidad a un precio muy competitivo. De

hecho Argentina sigue siendo líder en Latinoamérica, y se mantiene dentro del curso, y esto en un contexto de competencia del eje europeo muy fuerte.

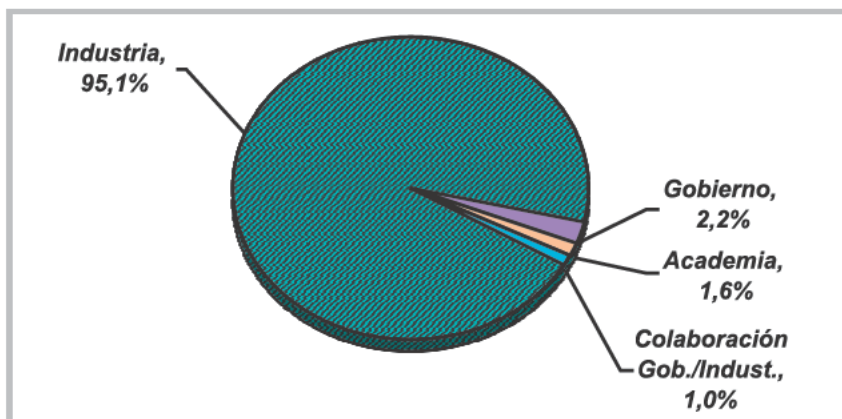
Cuando uno quiere ver la evolución en el número de pacientes se ve claramente que esto está aumentando, esto es un estimado del 2007 y en realidad resultó mayor.

Gráfico 1. Número de Pacientes Involucrados



Fuente: CAEME en base a encuesta interna.

**Gráfico 2. Fuente de las Aprobaciones de las Nuevas Drogas
Papel de la Industria en Investigación**



Fuente: Tufts CSDD;
Basado en 183 NCEs aprobados en USA durante 1986-95

El principal sponsor es la industria, eso está claro y es algo que me compete porque estoy trabajando en la industria, pero está claro que la calidad del dato no se genera en el sponsor, se genera dentro del equipo de investigación. Y vuelvo a decir, Argentina en ese sentido es un beneficiado, un poco robando de la mesa anterior, no matemos a la gallina de los huevos de oro, esto gracias a que la ANMAT tiene muy buena regulación, y gracias a que todavía no se han formado grandes quintitas de donde sacar dinero. Y si vamos por ese camino vamos a estar complicados porque la competencia es mucha, entonces cuidemos esto.

Calidad en el reporte

Otro punto es la calidad en el reporte, y esta iniciativa que acaso muchos conocerán tiene que ver con la calidad del medicamento, medicamento del cual yo conozco a través de las publicaciones. Ahora, si lo que se publica es solamente lo que sale bien del medicamento, yo me entero de una parte de lo que sucede con el medicamento, y no me entero de lo que sale mal. Entonces surgió esta iniciativa que se tomó hace ya 5 o 10 años,

donde participan los grandes laboratorios que son el 90% del esponsorio, las grandes revistas científicas y las organizaciones gubernamentales. Y donde por ejemplo se dijo: «Si Uds. quieren publicar en mi revista, en el caso de las que eran las mas grandes, Uds. tienen que haber publicado el protocolo cuando estaban en fase de protocolo dentro de un registro, porque sino Uds. me publican lo que sale bien y no me publican lo que sale mal, y esto va en contra de la transparencia y va en contra de la calidad.» Esa iniciativa está firme, Novartis, como todos los laboratorios que hacen investigación, adhiere a esto, entonces hoy Uds. si saben de un estudio clínico, antes de leer sobre ello en la revista Noticias o en Página12, o en alguna nota sobre investigación, van y se meten la página web ClinicalTrials.gov, y se fijan en el estudio clínico que les interesa, se fijan en qué países está o por ejemplo se fijan si Argentina recluta, y desde ya esto obliga a que cuando yo tenga el resultado lo tenga que publicar.

The screenshot shows the ClinicalTrials.gov website. At the top left is the logo "ClinicalTrials.gov" with the tagline "A service of the U.S. National Institutes of Health". To the right are navigation links: "Home", "Search", "Study Topics", and "Glossary". Below these is a search bar with a "Search" button. The main content area is divided into two columns. The left column contains a descriptive paragraph about the registry, followed by three sections: "Search for Clinical Trials" (with a sub-description of 61,446 trials in 157 countries), "Investigator Instructions", and "Background Information". The right column contains a "Resources" section with links to "Understanding Clinical Trials", "What's New", and "Glossary", and a "Study Topics" section with links to "List studies by Condition", "List studies by Drug Intervention", "List studies by Sponsor", and "List studies by Location". At the bottom, there are logos for the U.S. National Library of Medicine (NLM) and the U.S. Department of Health & Human Services.

Este registro no es el único, también lo tiene la IFPMA (*International Federation of Pharmaceutical Manufacturers &*

Associations), que es el Portal de Estudios Clínicos de la FIIM, cuya página web mostramos abajo.



Calidad en la interpretación: Medicina basada en la evidencia

Y el último punto para comentar antes de pasar al tema de calidad propiamente dicho es la Medicina Basada en la Evidencia. Digamos que si yo genero buenos datos clínicos y luego tengo reportados todos para el producto, los buenos y los malos, después podemos discutir si realmente algo es bueno o malo, si no lo sabemos interpretar o si esto no nos sirve. Y nosotros creemos que la Medicina Basada en Evidencia es la base para interpretarlo, aunque es verdad como dijeron en otra Mesa que hay poco tiempo, que son diferentes fuentes o que las fuentes son sesgadas, y justamente por eso yo creo que es fundamental proponer el conflicto de intereses que cada uno tenga.

Pero está claro que hoy es la mejor herramienta que tenemos, por ahí surgen otras pero hoy por hoy es la herramienta óptima de que disponemos. Y hay que luchar contra los otros

mecanismos de medicina basadas en otros principios que no sean la evidencia, como intentamos mostrar en el cuadro de abajo. La medicina basada en eminencia es algo muy común en cualquier sala de Clínica Médica donde el jefe dice y los residentes aceptan. Y también conocemos la medicina basada en la providencia, que vendría a ser algo así como que sea lo que Dios quiera, total está terminando el mes y se me consume el presupuesto... o la medicina basada en la vehemencia, cuanto más grito o cuanto mejor me paro, mejor está. Y sabemos



que éstas son cosas que ocurren todos los días. ¿Por qué? Porque la medicina basada en la evidencia nos pone muchas más preguntas que respuestas, y la realidad es que la medicina basada en la evidencia nos dice cuánta es la incertidumbre pero no nos dice cómo decidir en la incertidumbre. Esa es una decisión de cada uno de nosotros.

Drogas producidas por Biotecnología. La calidad que se viene

Vamos ahora al punto de calidad propiamente dicho. No voy a entrar en la discusión sobre genéricos sí o genéricos no, o sobre similares, porque es una discusión que para mí está trillada, y que está clara desde el punto de vista de la regulación de la ANMAT. Está claro que algunos lo hacen bien otros lo hacen mal, lo podemos discutir con quien quiera que sea pero eso está claro. Así como está claro que hay que hacer bioequivalencia y cuáles son los medicamentos de alto riesgo donde hay que

hacerlo, y cuáles aquellos donde no corresponde hacer bioequivalencia. Pero sí me voy a referir a un aspecto de la calidad, que es la calidad que se viene o la que ya está, y que es la **calidad de los productos de biotecnología**,

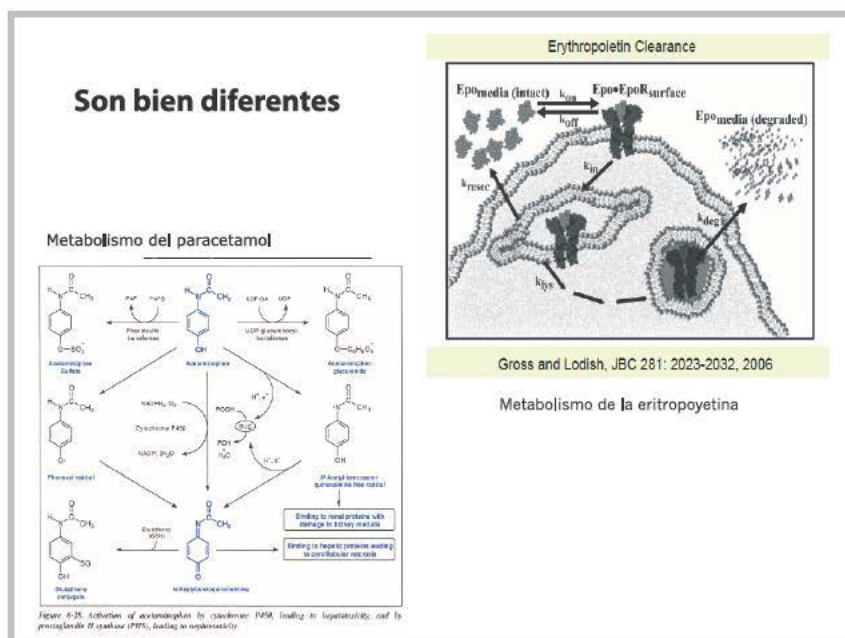
Los productos de biotecnología son productos diferentes. Por ejemplo son diferentes en su tamaño, como puede verse en el cuadro que mostramos abajo, donde se ve una aspirina, la hormona de crecimiento y la IgG, que es un anticuerpo monoclonal. Entre un anticuerpo, que en este caso puede ser un monoclonal, la diferencia está claramente en el tamaño y también en la complejidad, y la complejidad hace que también haya mayor dificultad en el proceso de manufactura. Quiere decir que mientras yo en una aspirina puedo modificar algún que otro átomo, en una proteína puedo modificar la estructura primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria, y entonces el proceso cobra mayor importancia y todos los monoclonales o todas las hormonas de biotecnología no son iguales, de hecho hay por ejemplo seis hormonas de crecimiento. Y tomemos en cuenta además que la hormona de crecimiento es una molécula relativamente simple, pero no pasa lo mismo con los anticuerpos monoclonales.

¿Biogénéricos, biosimilares, biológicos seguidores?

Tamaño y complejidad			
	Pequeña molécula de droga	Biológico pequeño	Biológico grande
Size	Aspirin 21 atoms 	hGH ~ 3000 atoms 	IgG Antibody ~ 25,000 atoms 
Complexity	Bike ~ 20 lbs 	Car ~ 3000 lbs 	F16 Jet ~ 25,000 lbs (without fuel) 

Fuente: Castronuovo Adriano, 2008.-

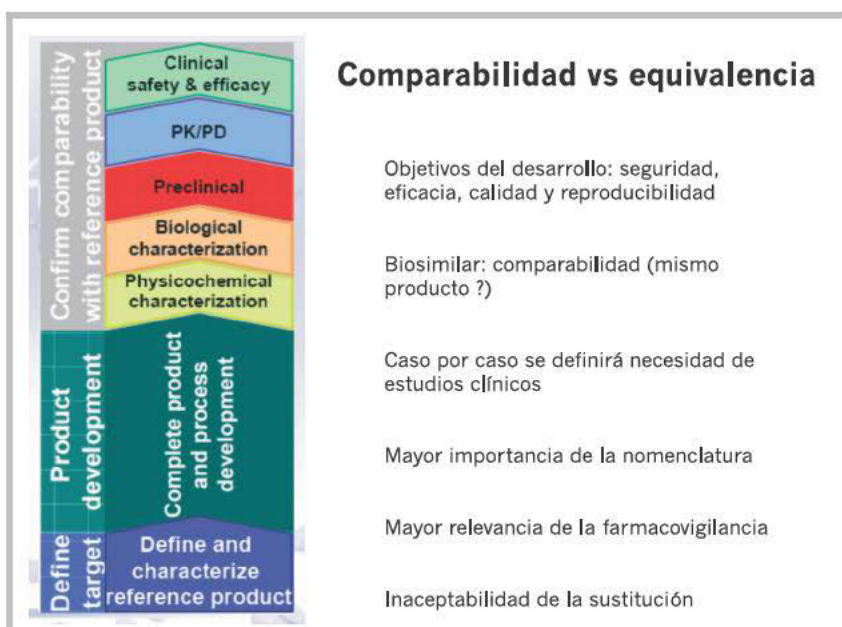
Y querría mostrarles un ejemplo bastante interesante, que estando en medio de profesionales farmacéuticos seguramente este tema lo conocen mejor que yo, pero es muy ilustrativo ver lo que es el metabolismo de una molécula de las que se denominan pequeñas, como es el paracetamol, comparado con la forma en que la eritropoyetina se metaboliza dentro de nuestro cuerpo, tomando una célula degradada y que tiene que tener una constante unión al receptor. La diferencia está tan clara que cómo podríamos decir que son los mismos medicamentos, o que al final van a llegar a tener el mismo precio.



Las diferencias como vimos son muy reales, y generan precios de categorías diferentes, entonces hay que pensar cómo vamos a hacer para dar acceso a estos medicamentos. De hecho casi nunca hablamos de estos productos como biosimilares, pero hoy la nomenclatura dice biosimilares o biogénicos, pero no los usa casi nadie porque está claro que no es un genérico pro-

piamente dicho. También se habla de biológicos de seguimiento, los canadienses ahora según el medicamento también hablan de biológicos de segunda entrada, o sea que como vemos la nomenclatura adquiere aquí mayor importancia.

Drogas producidas por biotecnología



Fuente: Castronuovo Adriano, 2008.-

Pero está claro que no es un genérico. Y de hecho, como no es un genérico no se habla de equivalencia sino de **comparabilidad**.

Los **objetivos de desarrollo** están claros: son la seguridad y la eficacia, como siempre la calidad, pero también figura un punto clave que es la reproducibilidad. Es decir cómo puedo yo garantizar que el próximo que voy a hacer sea igual que el anterior, porque el proceso es muy complejo, y luego trataré de mostrar un ejemplo con un producto que es de la misma compañía.

Vamos a hacer un comentario muy breve de regulación, que tiene que ver con lo que estamos hablando. La EMEA¹ dice que va a describir para cada uno de estos productos, caso por caso, la **necesidad de estudios clínicos**, pero plantea que no va a ser igual que un genérico de pequeña molécula donde sin estudios clínicos voy a poder decir que son equivalentes.

La **mayor importancia a la nomenclatura** está clara. ¿Por qué? Porque se linkea claramente con la farmacovigilancia, es una farmacovigilancia mucho más intensiva y de mayor relevancia si se quiere, para darle una mejor utilización del término. ¿Por qué? Porque hay aspectos como la inmunogenicidad, que no van a poder ser garantizados nunca dentro de la etapa de desarrollo, y sino vamos a tener productos que van a estar eternamente en desarrollo y nunca van a salir al mercado.

Y por otro lado está la **inaceptabilidad de la sustitución**, ¿Por qué? Porque no puede decirse que uno es igual que el otro, sino que como les dije son sólo comparables, entonces si un paciente inicia tratamiento con uno debería poder seguir con el mismo.

Regulatoriamente Estados Unidos tiene un problema grave que arrastra desde hace mucho, y no voy a entrar en el detalle, pero tiene las regulaciones de los biológicos separadas del resto de los medicamentos, entonces por eso no puede aplicar la regulación de genéricos sobre los biológicos cuando debería.

Pero Europa está en esto por delante de los EEUU, y la EMEA ha avanzado mucho y tiene una directiva del 2005, donde se destaca que *«...dada la complejidad de los productos derivados de la biotecnología, el enfoque utilizado para los medicamentos genéricos no es apropiado para este tipo de productos.»*

Además la UE reconoce que los Biosimilares o FOB (*follow-on biologics*) son diferentes de las terapias existentes en rela-

¹ EMEA: Agencia Europea del Medicamento.-

ción a materias primas y procesos de manufactura, y estas pequeñas diferencias podrían tener impacto en la seguridad de los pacientes (ej. Inmunogenicidad).

Finalmente la frase podríamos decir casi de moda, es que **el producto es el proceso**. Y si me permiten les cuento una pequeña historia; esto fue en el año 2007, cuando Genzyme Corp., que es una afamada empresa internacional de biotecnología que produce fundamentalmente para estas enfermedades relacionadas con reemplazos enzimáticos, tiene un medicamento que es el Myozyme que es para la enfermedad de Pompe. Esta enfermedad es muy poco frecuente pero se trata de un producto muy bueno y que ha tenido una fuerte demanda. Cambridge, Mass. producía este producto en Framingham, y como tenía una demanda creciente, decidió pasar a producirlo en Boston, dentro de Estados Unidos, en el mismo país. Pero la FDA se lo negó, diciendo que no tenía garantías que el producto que producirían en Boston fuera igual que el que producían en Framingham. Y se lo negó a la misma empresa que obviamente conoce cómo lo produce. Pero esto es una molécula supercompleja porque además es glicosilada, entonces los obligó a hacer, un estudio Fase 3, y Genzym está haciendo un estudio Fase 3 de su propia molécula fabricada en Framingham, con su propia molécula fabricada en Boston. Y eso es un ejemplo de lo que sucede con la complejidad de los biogénicos.

Financiamiento del Medicamento

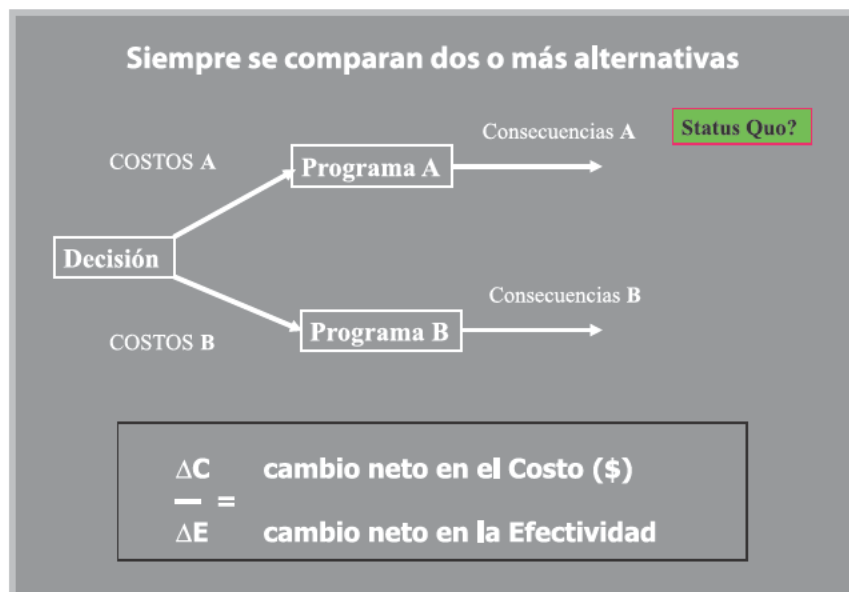
Veremos ahora cómo se relaciona todo esto que estuvimos comentando sobre la calidad, con el financiamiento que es el próximo tema que abordaremos.

Está claro que estos biogénicos o biosimilares son productos que tienen alto costo de producción, y cuando llegan al mercado no van a tener un costo que va estar en el 30% del original. O sea que este mundo que viene impacta en el

financiamiento. Y cuando hablamos de estos productos no estamos hablando de ciencia ficción, porque tres de los productos más vendidos en EEUU son biológicos, así que ellos están con los mismos problemas que nosotros, si bien es verdad que tienen más dinero.

Y pasando al tema dinero, digamos que como tema, la financiación del medicamento resulta ser un tema demasiado amplio, entonces vamos a centrarnos en lo que se está charlando, algo así como lo que hoy es el corrillo de la financiación. Voy a hacer una breve introducción a lo que es la evaluación de tecnologías, más que nada a la Farmacoeconomía, para poder entender el resto, aunque bien sé que muchos de Uds. son expertos en esos temas.

Cuando hablamos de **evaluación de tecnologías** siempre tenemos que pensar en alternativas, en **comparar dos o más alternativas** contra un *status quo*, ese *status quo* puede ser no hacer nada, o seguir lo que yo esté haciendo en ese momento, lo cierto es que tengo un programa A y un programa



B, con sus respectivos costos y sus respectivas consecuencias, lo que finalmente mide la costo-efectividad.

Y de ese numerito mágico que es la razón de costo-efectividad incremental, lo que hay que acordarse es: primero que es incremental, que es sobre costos incrementales, en tanto que se calcula sobre el delta de costos, o sea que cuanto más me cuesta el programa A que el B, sobre el delta efecto, cuánto más me da el programa A que el B, y allí el escenario más común sería un programa más costoso pero más efectivo.

El otro concepto es el **concepto de la marginalidad**, que también tiene que ver con la incrementalidad de lo que comparo. Es básico para analizar cualquier estudio de estos ver contra qué me estoy comparando: porque si me comparo contra alguien malo me es fácil ser bueno.

El siguiente es un ejemplo que es un *paper* del '75, en un estudio clásico donde se usaba el análisis marginal, y donde ellos lo que hacían era buscar sangre oculta en materia fecal y veían cuántos cánceres detectaban. Hacían 1, 2, 3, 4, 5, 6... y obviamente a mayor número de tests mayor número de cánceres detectados. Esto tiene un costo, claro está, y uno puede calcular el costo por cánceres detectados, nos fijamos en el promedio y decidimos cuál usamos. Y como puede verse en el cuadro que sigue, la diferencia entre 1175 y 1451 no están alta. En realidad uno puede decir bueno voy con 6, porque es más efectivo, pero en realidad yo no estoy comparando hacer cero contra hacer uno, hacer cero contra hacer dos, o hacer cero contra hacer tres, si yo decido hacer uno mi *status quo* es uno. Entonces, ¿Qué tengo que comparar? O tomando otro ejemplo, si viene otro laboratorio y tiene un aparato que hace dos y es más efectivo, que está bien, sale un poquito más de plata, pero uno...¿Lo paga o no lo paga?.

Entonces tengo que comparar contra el uno que hago no contra cero, porque si es contra cero me va a dar bien. Contra

Uso del Análisis Marginal

Number of guaiacs	Number of cancers found (true positives)	Number of cancers missed (false negatives)	Number of false positives	Total cost (\$)
1	65.9469	6.0531	309	77,511
2	71.4424	0.5576	505	107,690
3	71.9004	0.0996	630	130,199
4	71.9385	0.0615	709	148,116
5	71.9417	0.0583	759	163,141
6	71.9420	0.0580	791	176,331

No de Tests	Cáncer dx	Costo total	Costo Promedio	ICER
1	65,9469	77511	1175	
2	71,4424	107690	1507	5492
3	71,9004	130199	1811	49146
4	71,9385	148116	2059	470262
5	71,9417	163141	2268	4695313
6	71,942	176331	2451	43966667

Fuente, Castronuovo Adriano, 2008.-

cero sería hacer el costo promedio, pero como hago costos incrementales, fíjense por ejemplo si yo hago dos en vez de uno son 5492 por cáncer extra detectado, pero fíjense si hago seis en vez de 5 son 43966667 pesos por cada cáncer detectado. Claramente no tiene sentido y no depende como decíamos antes del presupuesto que tengamos, aquí uno podría decir que es un gasto que no tiene sentido desde lo que es costo efectividad.

Utilización de la costo-efectividad

Guidelines on Methodology	Recommended as part of pricing dossier	Formally Required
UK, Govn/ABPI, 1994	BCBS, 1994	Ontario, 1994
Belgium, SPE, 1995	DDMAC, 1995	Australia, PBAC, 1995
Hanover, Germany, 1995	Switzerland, 1995	Portugal, 1998
Italy, CESAV, 1995	Denmark, 1998	USA, Regence Blue Shield, 1998
Spain, 1995	Ireland, 1999	Finland, 1999
Penn Univ. Task Force, USA, 1995	New Zealand, HFA, 1999	UK, NICE, 1999
PhRMA, 1996	AMCP, 2000	Belgium, 2002
France, CES, 1997	Norway, MCA, 2002	Netherlands, 2002
Canada, CCOHTA, 1997		Sweden, 2002
US Panel on Preventive Medicine, 1997		Germany, 2009?

Fuente, Castronuovo Adriano, 2008.-

¿Se usa la costo efectividad? ¿Se usa para decidir si un medicamento sale al mercado o no? No. ¿Se usa para decir si se reembolsa o no? Como podemos ver en el cuadro que mostramos arriba, en algunos lugares sí.

Pero las Guías existen para que la gente se pueda informar; hay Guías de Metodologías en muchos países, y se recomienda como parte del *dossier de pricing* en varios de ellos, e incluso es un requisito formal en algunos países. Un ejemplo es el requerimiento formal del NICE, cuya recomendación es necesaria para obtener el reembolso, pero no es una recomendación de precios, el precio en Inglaterra es libre, con ciertas variantes pero, podemos decir que es libre.

Y acá tienen los diferentes esquemas de precios, en diferentes países desarrollados.

Diferentes esquemas de pricing aplicados en diferentes países

	Ex ante				Ex post			
	free pricing / immediate reimbursement	pricing relative to substitute	IRP	PVA/ rebates	price cuts	profit controls	pricing relative to substitute	IRP
Australia		✓		✓			✓	
Canada		✓*	✓**					✓
Finland		✓			✓		✓	✓
France		✓	✓**	✓	✓		✓	
Germany	✓			✓			✓	
Netherlands		✓	✓				✓	✓
Spain		✓	✓	✓	✓		✓	
Sweden		✓					✓	
Switzerland		✓	✓				✓	✓
UK	✓ ²				✓	✓		
US		✓		✓				✓

* non-innovative drugs ** innovative drugs

	Gasto en salud % PBI	Gasto en salud /capita	Gasto en drogas/total	Regulación de precios
Francia	11,1	3449	16,4	SI
Alemania	10,6	3371	14,8	NO

IRP - International Reference Pricing
PVA - Price & Volume Agreements

Fuente: UK OFT, 2007

Uno puede básicamente tener un esquema de precios o un mecanismo de precios ex ante o ex post. Ex ante es cuando antes de que salga el medicamento le establezco un precio o me fijo el precio, y ex post cuando lo voy corrigiendo. Hay muchos mecanismos, no me voy a detener en cada uno, pero por ejemplo hay uno que es de acuerdo al volumen, como se usa en Francia por ejemplo, que dice hasta tanto yo pago esto, a partir de tanto yo pago con el 10% y a partir de tanto otro con el 20%. Otro mecanismo puede ser el precio libre, que como se puede ver en el cuadro se da en Alemania e Inglaterra, aunque Inglaterra está revisándolo en este momento, y en realidad esto se está revisando en muchos lados.

El recuadro o tabla que ven en la parte inferior, es un cuadro que después que lo hice me fijé y creo que es la visión de la industria farmacéutica. Esto no quiere decir que hay que regular o no, sino que lo que le quiero mostrar es que es mucho más que regular precios o no regular precios, porque podemos regular precios e igual podemos estar gastando más en salud. Tampoco quiere decir que no haya que regular de ninguna manera, y pido disculpas si esto se podría decir, yo cuando lo vi pensé que podría ser ésa la explicación.

Veamos ahora qué pasa en Argentina, cuyo sistema fragmentado implica múltiples mecanismos simultáneos de precios:

- Precio basados en el costo de producción
- Precios libres con tasa de beneficio global
- Precios de referencia
 - o Bioequivalencia
 - o Comparar presupuestos de salud
- Comparación con otros países

- Congelación de Precios
- Límites del gasto global
- Contribuciones de la Industria

Creo que todos estamos de acuerdo en que si bien hay un precio basado en el costo de producción, después se establecen precios diferentes en diferentes lugares, desde algunos que en el PAMI tienen un precio espectacular hasta otros que tienen un precio tal que no quieren ni entrar en PAMI, pero si bien hay una serie de cosas de por medio, estos que señalamos son los diferentes tipos de precio.

Hago una salvedad con el tema de los precios de referencia, este tema se viene en el mundo, Brasil es un gran actor en cuanto a precios de referencia, Colombia también es un actor de precios de referencia. Pero les doy una noticia, Arabia Saudita tiene precios de referencia y un país referente para Arabia Saudita somos nosotros. Es una cosa interesante que los árabes se manejen con precios que nosotros ponemos, pero sencillamente como son bajos les conviene para negociar el precio, y es interesante ver a través de estas cosas cómo la globalización llega al tema de los precios de medicamentos.

Un último concepto que quiero dejar es que está claro que la regulación de precios está en revisión, y un ejemplo claro es que se está charlando del tema buscando una alternativa al precio basado en el costo para pasar a un esquema que se llama VBP: incentivo a la innovación con impacto, y por eso hice la introducción de la costo efectividad al principio. Esto quiere decir que a mí no importa si otro gasta 10, 20, o 40 en producir este producto, yo le voy a poner el precio de acuerdo al beneficio que me dé, beneficio medido en costo efectividad, básicamente en cuántas libras en el caso de Inglaterra o pesos en el nuestro, por Qaly que yo obtenga o que me esté dando a mí este coeficiente incremental. Si yo tengo un producto que es muy

eficaz y para comprar un Qaly necesito 5 libras, pero si es un producto que necesita de 100.000 libras para comprar el mismo Qaly, me sale mucho más caro. Y acá hay un tema fundamental: si trabajamos en salud no hablamos de gastar más o gastar menos, sino que trataremos de comprar salud más, mejor, o sea más eficientemente o menos eficientemente.

En definitiva la idea es incentivar innovación con impacto, si yo voy a producir un producto que por más caro que sea va a ser un producto que es un *me too*, yo no voy a recibir un precio bueno por eso. Ahora si yo produzco un producto que beneficia aunque sea a un porcentaje corto de la población, claramente el precio va a ser mayor y me beneficia, ¿para qué?, para que yo siga innovando porque voy a tener mayores precios y mayor rentabilidad.

Hay una regla famosa, la del 3/25, que es que Inglaterra es el 3% del mercado de medicamentos pero lo que se decide en Inglaterra se aplica más o menos al 25% del mercado farmacéutico mundial. ¿Por qué? Porque son referentes, porque van adelante con estos temas, por eso lo planteo y porque además claramente son referencias.

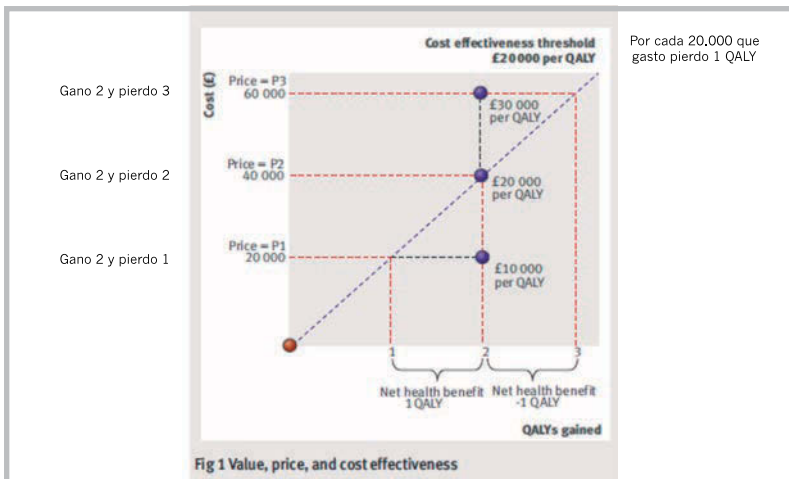
Voy a mencionar los siguientes puntos en relación a lo que acabamos de comentar, pero no me voy a detener en cada uno de ellos por un tema de tiempo:

- No implicaría menor gasto en medicamentos, implica gastar mejor.
- Hay un reconocimiento del valor de la innovación
- Hay un problema de metodología (P. ej. Hay que reconocer el Umbral de costo efectividad, es decir cuánto estoy dispuesto a pagar por un Qaly) Esto es una decisión previa a utilizar este tipo de mecanismos, y realmente celebro que haya organizaciones en nuestro país empiezan a usar la costo efectividad. El camino a reco-

rrer es decir cuáles son nuestros umbrales de costo efectividad, cuánto pagamos nosotros por cada año de vida ajustado por calidad o por cada año de vida ganado. Definir cuánto queremos pagar por eso.

- Se necesita una Agencia de Evaluación INDEPENDIENTE
- Se necesita un incentivo para el análisis de subgrupos por parte del financiador.
- Ex post VBP desincentiva la investigación o la desplaza a lo no-copiable y de mayor costo.

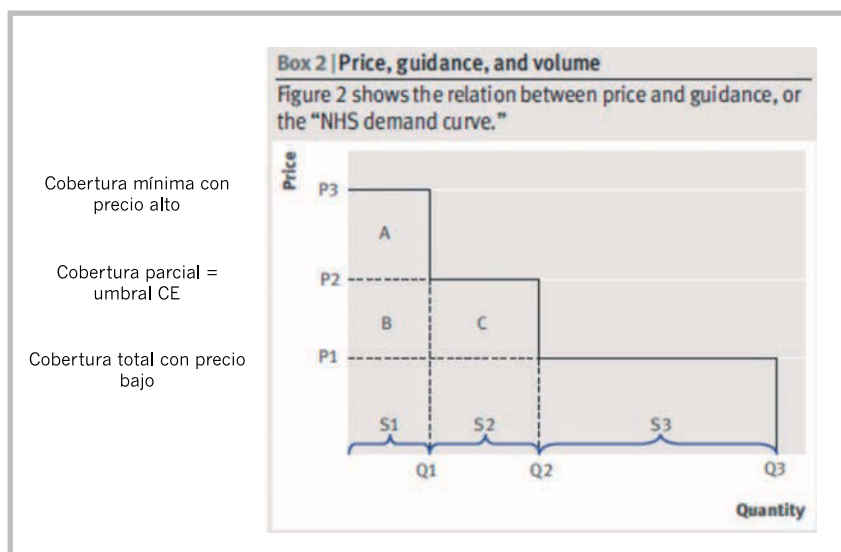
Valor, precio y costo efectividad



Esto que mostramos arriba es un ejemplo muy rápido. Supongamos que yo en mi sistema de salud decido comprar un Qaly, que es un año de vida ajustado por calidad, y veo que ganar un año de vida me sale 20.000 pesos. Entonces yo cada vez que tenga una intervención nueva que quiera financiar y para la que necesite sacar 20.000 pesos, estoy perdiendo de comprarme un Qaly. Pero si produzco dos Qalys, si estoy ganando dos Qalys y estoy perdiendo solamente uno, le conviene al financiador.

O puedo tener un esquema donde yo diga que el costo es de 40.000 y gano 2 Qalys, como 40.000 me alcanzan para comprar dos Qalys, yo en realidad estoy neutro, porque gano 2 y pierdo 2. Y otro esquema sería decir que sale 60.000, en cuyo caso gano dos Qalys pero en realidad estoy perdiendo 3 (60.000 dividido 20.000). Esto es lo que pasa hoy, y si esto es lo que yo presento hoy en un esquema costo efectividad y estoy gastando 60.000, el coeficiente de 30.000 por Qaly me dice que esto no es costo efectivo, y no lo cubro.

El siguiente es el esquema a donde iríamos, a donde se propone ir.



Mirando el esquema, no es lo mismo cubrir uno u otro de los tres segmentos. Supongamos un producto que es altamente efectivo para este grupito chiquito, bien de nicho, bueno como es altamente efectivo yo le pongo un precio alto, Precio 3, pero con ese precio yo no lo cubro en esta patología o en este subgrupo donde es menos efectivo, ni en este subgrupo donde también es menos efectivo, por más que sea muy grande. Por ejemplo to-

mando la diabetes, si tengo un producto que en hipertensos diabéticos con falla renal severa es muy importante, pero que en pacientes que no tienen falla renal severa no es tan importante el beneficio, y en pacientes que no tienen diabetes no es importante, entonces si yo quiero un precio alto solamente voy estar cubierto para esta patología, en la que consigo mayor beneficio. Por eso decimos que es un precio basado en el valor que tiene. La industria podrá negociar y decir no, yo prefiero ir con un precio donde yo pierdo si se quiere valor para esta patología, pero gano en que tengo todas las alternativas cubiertas, siempre que haya demostrado eficacia.

Entonces para terminar, digamos que **los medicamentos son un submercado dentro de un mercado altamente imperfecto**. Coincido con lo que se decía antes que la salud es esencial y que los medicamentos también son componentes esenciales, pero está claro que es un submercado que no tiene el grado de imperfección que tienen los otros, por el grado de regulación, y que los precios regulados tienen sentido en un mercado altamente imperfecto. Y claramente vale la diferencia que el medicamento sea un medicamento innovador o no. No me voy a detener en cada punto, pero voy a señalar los aspectos que creo que son más importantes:

- El precio basado en el valor es un mecanismo en evaluación
- El análisis de CE podría reemplazar los listados todo/nada.
- Vademécum cerrado:
 - o Cerrado
 - o Judicialidad
 - o Difícil de generalizar

- Mayor costo administrativo vs mayor necesidad de educación
- Gastar menos vs gastar mejor («compramos salud»)
- La salud debe ser regulada, el tema es dónde.

Estoy de acuerdo en un ciento por ciento que la salud debe ser regulada por ser un mercado altamente imperfecto, pero el tema es dónde regular, creo que la regulación debería basarse en el uso racional, porque ahí son regulaciones claras y deben ser cada vez más enfatizadas. Me pregunto si también tiene que haber regulaciones en el precio del medicamento, o si ese precio se puede desregular de alguna manera, o manejar precios más desregulados.

Pero si miramos el cuadro que sigue, meramente ilustrativo, en el escenario de un mercado con todas estas marcas de un mismo medicamento, se me ocurre que la competencia es un buen mecanismo de regulación, mejor que intervenirlo. Está claro que influyen factores del mercado que hablan de su imperfección, como la asimetría de información, o como el rol de agencia de cualquier médico, que en este escenario se diluyen. Pero conengamos que un médico o incluso un paciente que utilizan atenolol desde hace cuatro años, sabe más del atenolol ya ese paciente que el médico que se lo está recetando, o sea que asimetrías ya no hay muchas y en bastantes casos el paciente puede decidir bastante bien. Lo mismo pasa con el tema del rol de agencia, el médico casi como que no está manejándose como un agente imperfecto, sino que colabora con el rol de agencia del paciente. Por lo tanto este mercado es menos imperfecto que el otro, con lo cual no estoy diciendo que sea perfecto, no voy a hablar de eso, porque hay economistas en la mesa y haría un papelón...

Medicamentos. Un mercado imperfecto

DROGA	MARCAS
alprazolam	36
amoxicilina	53
amoxicilina+clavulánico,ác.	29
atenolol	27
betametasona+gentamicina+miconaz	18
bromazepam	25
clonazepam	35
dipirona	20
drosipirenona+etinilestradiol	15
enalapril,maleato	34
hioscina,n-butilbr.	8
ibuprofeno	112
levotiroxina	19
metoclopramida	24
ranitidina	51
alantoina + alfatocoferol+vit a	6
enalapril	34
clorferinamina	43

Asimetría en la información, rol de agencia, etc.?

Pensamientos Finales

Hablé un poco de calidad y otro poco de financiamiento, de modo que esbozaré unos pensamientos generales, digamos algunas reflexiones para cerrar esta charla.

Creo que hay un entorno mejorado en cuanto a protección de propiedad intelectual, eso es hoy una realidad y lo festejo particularmente, porque creo que es un escenario que incentiva la innovación, cuyos riesgos son cada vez mayores. Y particularmente hay un mayor riesgo en la innovación a través de productos biotecnológicos.

Es importante incorporar el concepto de biosimilar (FOB), como un concepto diferente de «genérico».

Hay nuevos modelos de *pricing* que deben ser evaluados. Hablé de un modelo que es el modelo basado en valor, y un modelo interesante también es el modelo de compartir riesgos. Por ejemplo, si tengo una droga que es eficaz en el 35% de los pacientes o en el 40%, ¿por qué el financiador tiene que pagar el costo del 60% que no es eficaz? Ahí se pueden compartir los

riesgos, o sea que si hay una incertidumbre, compartamos esa incertidumbre, no estoy diciendo de cubrir las cosas que son ciertas, o de los productos cuando tienen certidumbre, no estoy diciendo de cubrir esos casos, pero sí aquellos donde están presentes el riesgo y la incertidumbre.

La costo-efectividad es una buena herramienta, pero nada más que eso. Es importante la decisión de cuánto estamos dispuestos a pagar por la salud. Esto es un tema fundamental, y no es imposible estimarlo indirectamente. Mucho se habla de 3% del PBI, pero me parece que exige un estudio un poco mayor. Y también sepamos que todas las veces que decidimos cubrir algo estamos indirectamente decidiendo cuánto es nuestro umbral. Por ejemplo el cáncer de ovario tiene un costo incremental de 80.000 libras por Qaly, ese es el umbral o sea que si alguien viene con un medicamento que tiene 60.000 libras por Qaly, se lo deberían cubrir porque es más costo efectivo que los que ya están cubriendo. O sea que estamos tomando todo el tiempo decisiones sobre costo efectividad

Creo que fundamentalmente la discusión técnica es necesaria por sobre la discrecionalidad política no bien informada, no hay nada que le moleste más a un político que tener información, porque se le limita la libertad de acción claramente. Y creo que eso es por lo que tenemos que luchar, y por eso puedo decir que celebro que pueda darse esta discusión técnica, aunque a veces no nos pongamos de acuerdo. Y me parece que la discusión técnica está bastante subvaluada, de hecho siempre se dice «*No, ese es técnico*»... y pareciera que hay que ser político. La idea es entonces, me parece, aumentar la discusión técnica.

Y finalmente como ya dije antes, creo que la regulación sobre el uso es mucho más racional, como por ejemplo a través de las guías clínicas y costo-efectividad en subgrupos. Digamos que se focaliza no tanto sobre los precios sino sobre cómo lo usamos, cómo lo debemos usar en esta discusión sobre qué es el buen uso y que es el mal uso.

Financiamiento del medicamento

Una perspectiva desde la economía

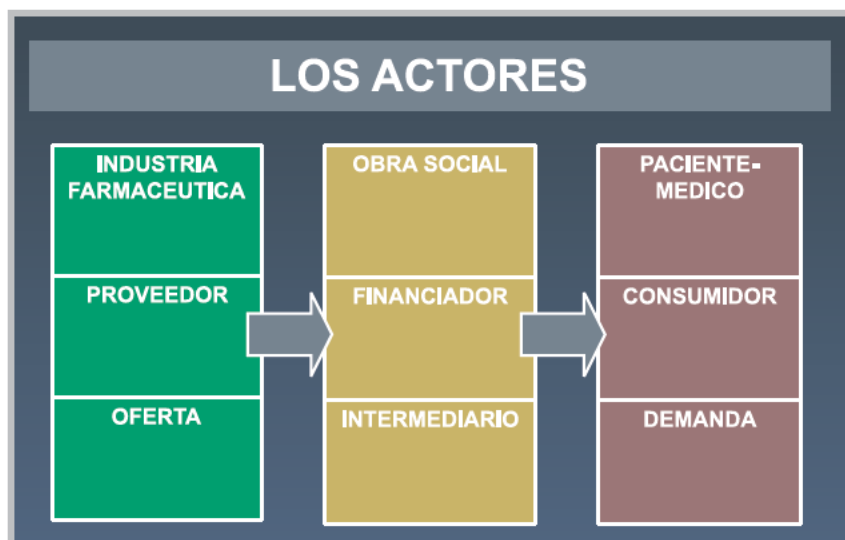
Lic. Víctor Hugo Quiñones

Introducción

Agradezco la invitación de los organizadores del evento, y aclaro que a partir de mi formación académica, yo voy hacer una exposición basada en la Economía para abordar el tema del financiamiento del medicamento, ya que esta disciplina a través de la Economía de la Salud y del desarrollo de técnicas para hacer la evaluación del medicamento, ha ido participando cada vez más fuertemente en los últimos años en los temas de salud.

Y comencemos por identificar los actores en el tema de financiamiento: por un lado tenemos la industria farmacéutica que es la proveedora del medicamento, es el productor comercializador y representa la oferta. En el otro extremo está el paciente - médico, y digo médico porque el médico induce el consumo del medicamento a través de la prescripción, ese es el consumidor y representa la demanda. Y en el medio tenemos a la obra social como financiador, que hace de intermediario en este caso entre la oferta y demanda.

¿Cuándo se presenta el problema? En general a nivel mundial siempre se habla del tema del crecimiento y esto es una realidad. La velocidad de la producción de riqueza de los países no obstante, es menor comparada con la velocidad de crecimiento de los gastos en salud. Si lo quieren más vernáculo,



el gasto en salud va en tren bala y el gasto de la producción de riquezas está yendo en el tren Gral. Sarmiento, y sin lugar a dudas hay un desfase.

A la vez hay ingresos de nuevos fármacos de alta tecnología y mayores costos, como recién mencionó Adrian Castronuovo, y está el tema de los medicamentos biotecnológicos que son muy diferentes a los medicamentos cuyo principio de origen es de síntesis química. Hay un aumento de la población económicamente pasiva como resultado lógico y esperable de una mayor esperanza de vida. Eso lleva a que cada vez haya más gente de edad avanzada y esto genera problemas a los recursos de la seguridad social, que sólo tiene recursos financieros limitados. Y todos estos problemas plantean la necesidad de nuevas políticas de gestión del gasto farmacéutico.

Las políticas de gestión del gasto farmacéutico

Ante una realidad que vemos desfasada entre el crecimiento de la necesidad por un lado y de los recursos por el otro, se nos plantean dos tipos de políticas:

Por un lado podemos aplicar políticas sobre la **oferta**, que van a afectar directamente al actor industria, pero también podemos hablar de políticas de gestión farmacéutica por el lado de la demanda, que van a impactar en los médicos y en los pacientes, y también los dispensadores y en las farmacias. Mencionemos brevemente los ejemplos que se dan en las economías de Europa, dado que en Estados Unidos, que tiene un perfil más de libre mercado tiene menor presencia de estas políticas de gestión de medicamentos, y entonces las regulaciones son mayores en los países de Europa, donde ya hay muchas experiencias en este sentido.

Políticas sobre la industria farmacéutica

- Control de precios
- Precios de referencia
- Listas positivas o negativas
- Control del número de productos
- Límites al gasto de promoción
- Impuestos sobre los gastos de promoción
- Importaciones paralelas, en los países donde hay vigencia de la propiedad intelectual, ya que puede haber algunos mercados donde el medicamento es más barato que en el mercado original, se importa de allí y entonces sigue siendo más barato. Y en este contexto hay algunos gobiernos que impulsan políticas de importaciones paralelas.

Por el lado de la **demanda** tenemos distintas políticas de gestión que impactan en el actor paciente, en el actor prescriptor o en el dispensador, y que pueden verse resumidas en el siguiente cuadro:

Políticas de gestión de medicamentos por el lado de la demanda

Paciente	<ul style="list-style-type: none">■ Copagos■ Medicamentos de venta libre■ Educación sanitaria
Prescriptor	<ul style="list-style-type: none">■ Sistemas de pago■ Presupuestos fijos■ Guías de Práctica Clínica■ Evaluación económica de los medicamentos■ Auditorías de prescripción■ Medicamentos genéricos
Dispensador	<ul style="list-style-type: none">■ Pago precio fijo por receta■ Sustitución marca por genéricos

Fuente: Quiñones V. H., 2008.-

Como puede verse figuran en primer lugar los copagos, con los que se obliga al paciente a financiar parte de su consumo de medicamentos, también las políticas de promoción de los medicamentos de venta libre que no tienen cobertura de la seguridad social, y también el programa de educación sanitaria para los pacientes. Éstas son todas políticas tendientes a contener y reducir el creciente gasto que haya salud, que impactan en la demanda y en particular en los pacientes.

Por el lado del prescriptor hay sistemas de pagos de remuneraciones a los médicos, presupuestos fijos, guías de prácticas clínicas, evaluación económica los medicamentos, auditoría de prescripción, y políticas de medicamentos genéricos.

Finalmente, por lado del dispensador están los pagos de precios fijos por receta, es decir que se le paga a las farmacias

no una proporción del valor de la receta sino por unidad, y también a través de políticas de genéricos se promueve la sustitución de marcas por genéricos, tema que ya es más conocido por estas tierras.

El aporte de la Economía

Y vamos ahora a ver cómo la Economía puede aportar a este problema de la contención del gasto en salud aplicando ciertos principios que le son propios.

La definición clásica de la Economía la que más se usa en todos los manuales es la que nos dio el profesor Robbins², «*La Economía es la ciencia que estudia el comportamiento humano como una relación entre fines dados y medios escasos que tienen usos alternativos*». Allí nos está planteando que las necesidades son ilimitadas, los recursos son limitados, y la elección es un comportamiento racional. Lo que la Economía desarrolla a través de la teoría económica y del análisis económico, es que las necesidades son los beneficios, los recursos son los costos y el comportamiento racional está basado en un análisis económico, en una decisión económica.

Bajo esos principios de la Economía, de la decisión racional ante necesidades ilimitadas y recursos escasos, aparece la Economía de la Salud como una disciplina de las Ciencias Económicas relativamente nueva, que aplica los principios de las Ciencias Económicas al estudio de un campo específico de análisis, estudiando la relación entre muchas actividades que producen beneficios sobre la salud de la población, necesidades que son consideradas ilimitadas, pero con recursos insuficientes para hacer todas las actividades, o sea con recursos escasos o limitados.

Un economista estadounidense, Kenneth Joseph Arrow, fue el primer economista que abordó en base al análisis económico

² Lionel Robbins, Ensayo sobre la naturaleza y significación de la ciencia económica, 1932.-

el estudio de los servicios de salud y el mercado de los servicios de salud, y el *paper* se llama algo así como «*La incertidumbre en el mercado de servicios de salud*», y es el primer análisis económico en el cual se describe cómo está caracterizado el mercado, y muchas de las definiciones que figuran allí se usan actualmente sin saber que la fuente es el artículo de Arrow, quien además lograra un Premio Nobel, no por ese artículo o por ese *paper*, y que aunque jamás volvió a asumir o a estudiar el tema de la salud, se transformó en un *paper* clásico en la Economía de la Salud.

Entonces en Economía de la Salud definimos ciertos conceptos básicos, como son los de beneficio, costos y efectividad de acuerdo a lo siguiente:

- **Beneficio** es todo aquello que contribuye a aumentar el bienestar de las personas afectadas.
- **Costo:** es todo aquello que disminuye su bienestar, todo lo que ocasiona un sacrificio a las personas afectadas.
- **Efectividad:** a diferencia de la eficacia, es la probabilidad de que un individuo se beneficie de la aplicación de una tecnología sanitaria en condiciones reales de aplicación por el médico. Esto de la aplicación real es lo que la diferencia de la eficacia, que son pruebas que se hacen el laboratorio asumiendo que todas las condiciones se dan dentro del paciente.

El **instrumental técnico** principal de la Economía de la Salud es la **evaluación económica**, definido esto como un conjunto de técnicas de análisis que evalúan de manera comparativa dos o más alternativas, a través de la medición y valoración sistemática de los costos y beneficios de cada una de ellas. Su objetivo principal es asignar los recursos disponibles a las actividades para maximizar el resultado deseado.

En el campo sanitario este conjunto de técnicas de análisis de evaluación económica se pueden aplicar tanto a los medicamentos, como a tecnologías médicas o a programas de salud. Estos tres ejes es lo que se denomina la tecnología sanitaria, y de manera global la evaluación aplicada al campo sanitario se denomina **evaluación económica de tecnologías sanitarias**, y en adelante la vamos a llamar por las siglas ETS. Por su lado, la evaluación económica aplicada exclusivamente a la parte de medicamentos es lo que se llama **Farmacoeconomía**, y a continuación vamos a desarrollar ciertos principios básicos para entenderla.

Hay **dos tipos de método de evaluación económica**, que utilizan ciertos modelos:

- **Análisis costo beneficio (ACB):** cuyos beneficios están medidos en unidades monetarias.
- **Análisis costo efectividad (ACE):** cuyos beneficios se miden en unidades no monetarias, es decir unidades naturales. Una forma de costo efectividad es el **análisis costo utilidad (ACU)**, que después vamos a especificar en qué se diferencia del análisis costo efectividad, o cómo es el desarrollo de este tipo de análisis.

Por lo general el análisis económico que siempre se hace en otras áreas fuera de la salud, se aplica generalmente medido en unidades monetarias, cuánto beneficio me da algo en unidades monetarias, y luego en función del costo que yo aplique puedo hallar un beneficio neto.

¿Por qué la medición de los beneficios en unidades no monetarias? La dificultad de expresar en dinero el beneficio sanitario, impulsó el uso de un modelo de evaluación económica que midiera el beneficio en términos de efectividad clínica. Éstas medidas de efectividad se suelen denominar también variables

de resultados intermedios. Y en cada caso se define una variable objetivo que se mide en unidades naturales, es decir en unidades de medidas habituales de dichas variables. En el siguiente cuadro mostramos ejemplos de medida en unidades naturales de efectividad en distintas patologías:

Medida en unidades naturales

TRATAMIENTO	MEDIDA NATURAL DE EFECTIVIDAD
Úlcera péptica	Reducción del ácido estomacal
Osteoporosis	Reducción en la pérdida de masa ósea
SIDA	Reducción de la carga viral
Diabetes	Control de la glucemia
Programa de cribaje para detección del cáncer de mama	Número de casos detectados precozmente

Fuente: Quiñones V. H., 2008.-

El **análisis costo efectividad (ACE)** compara los costos adicionales que supone una tecnología sanitaria con los beneficios incrementales que proporciona

Estos beneficios son medidos en unidades no monetarias que van desde medidas clínicas muy específicas, hasta medidas genéricas como años de vida ganados o número de casos detectados, que es lo que Adriano Castronuovo en su exposición llamaba Qalys.

Veamos ahora cuáles son las **limitaciones del análisis costo efectividad**:

- **Principal problema:** al medir los beneficios en unidades naturales, no contribuye a facilitar la toma de decisiones sobre asignación de recursos sanitarios.
- La medida de efectividad clínica puede no estar muy relacionada con la preferencia de los individuos.
- Las medidas de efectividad clínica basadas en unidades naturales no se pueden comparar entre sí.

Entonces aquí aparece la alternativa a la medición de los beneficios en unidades no monetarias, que vendría ser el **análisis costo utilidad (ACU)**, que es una modalidad del ACE que utiliza como unidad de valoración de los beneficios los años de vida ajustados por calidad (AVACs). El AVAC es una medida compuesta que conjuga las dos principales dimensiones de los resultados de un tratamiento sanitario: las ganancias en cantidad de vida y las ganancias en calidad de vida. Es una medida basada en la preferencia (utilidad) que es válida para su uso en la evaluación económica.

¿Cuándo usamos un análisis costo utilidad?

- Cuando la calidad de vida es el resultado o beneficio sanitario
- Cuando se necesite la utilización de criterios de decisión
- Cuando se utilicen y comparen los resultados obtenidos de distintas evaluaciones como guía para la asignación de recursos
- Cuando sea económicamente viable su realización

Y siempre atrás de esto, de estas condiciones, está el tema de la asignación eficiente de los recursos, porque como lo planteamos en el inicio, siempre son recursos limitados.

El uso de los estudios de tecnología sanitaria (ETS)

En primer lugar digamos que los ETS tienen un **uso limitado**, y vamos a mencionar algunos importantes:

- Tiene una considerable utilidad en potencia para la toma de decisiones en el campo sanitario
- Sin embargo, su uso sistemático se ha limitado al ámbito de la financiación de medicamentos (Australia y la provincia canadiense de Ontario)
- Esta tímida explotación se debe principalmente: i) a la ausencia de mecanismos claros que permitan su aplicación más o menos directa en la toma de decisiones, y ii) a su escasa difusión
- Países europeos que han diseñado programas nacionales de ETS: Suecia (1987), Reino Unido (1990), Francia (1990), España (1994), Finlandia (1995) y Dinamarca (1997). Aclaro que el *paper* en que me basé para hallar esto era del 2003, es decir puede haber países que lo hayan aplicado posteriormente.

Y finalmente veamos cuál es el **uso potencial** de los ETS:

- Constituye una herramienta válida para complementar criterios sobre las decisiones sobre asignación de recursos.
- Como una forma de valorar propuestas concretas sobre uso de recursos.
- Como una manera de proporcionar evidencia sobre el valor de una tecnología o tratamiento con el fin de promover su utilización.
- Como un modo sistemático de pensar o de estructurar los problemas de asignación.

En la actualidad, si no me equivoco, en los lineamientos del Programa Federal de Salud ya se hablaba de las agencias de evaluación de tecnología sanitaria, ya había trabajos internos que estaban pensando en desarrollar esto. Lamentablemente los vaivenes de la política a veces hacen que programas o proyectos que pueden ser prioritarios en algún momento, pasada la coyuntura pierdan casi importancia, y los trabajos o las preocupaciones y las prioridades a medio crecer se vayan modificando.

Pero para concluir el tema, digamos que la Farmacoeconomía es una herramienta válida que permite tener una asignación más eficiente de los recursos limitados de los financiadores, y es una herramienta que tiene un potencial de aplicación que debería en el futuro poder desarrollarse y aplicarse.

Financiamiento del Medicamento

Lic. Clara Suárez

Introducción

Agradezco a los organizadores de este encuentro la invitación y espero modestamente realizar algún aporte. Cuando nos sugirieron el título de calidad, distribución y financiamiento del medicamento, lo primero que consideré es que todos estos actores que forman parte de la cadena de valor del medicamento tienen relaciones distintas, e interactúan con los organismos públicos o actores externos de manera diferente. Entonces me pareció que considerar todas estas alternativas era intentar abarcar demasiado, y pienso dedicarme específicamente al tema de financiamiento, tomando el concepto de financiamiento como la evolución de los recursos destinados al sector. Éste va a ser entonces el enfoque que le voy a dar a la charla.

Cobertura de medicamentos

Creo que debemos en primer término hacer una gran diferencia entre la población que tiene algún tipo de cobertura de salud, ya sea obra social o medicina prepaga, y aquella que no cuenta con ninguna de ellas y carece de recursos. El impacto, para cada una de esas poblaciones respecto del pago de medicamentos es sustantivamente diferente.

Respecto del sector sin cobertura social y con menor nivel de ingresos, considero que sólo cabe una alternativa, que es la provisión por parte del Estado con recursos provistos por toda la sociedad vía los impuestos, o sea de manera solidaria.

El Estado es por otra parte el garante de los derechos constitucionales que deben, según lo establece el artículo 14 de nuestra Constitución, subvenir a las necesidades y a los requerimientos del bien salud, efectuando esto por esa porción de la sociedad.

En este sentido deseo hacer un comentario, y es que el sistema público de salud fue estructurado entendiendo que debería proveerse una práctica reparadora, incluyendo de esa manera sólo las prestaciones que se efectúan en el ámbito hospitalario de manera gratuita, sin tomar en cuenta en forma integral la terapéutica que eventualmente se le indicará al paciente una vez que se ha externado. Esto ha llevado a generar en muchos casos un mayor costo, difícil de cuantificar, consistente en la atención posterior del paciente que se complica por falta de tratamiento de su dolencia. Existen estadísticas en otros países que demuestran el costo adicional por no haber efectuado un tratamiento adecuado, y se ve que sufre un incremento sustantivo al momento de la interrelación. En este sentido, el programa diseñado e implementado por el Dr. Ginés González García en un momento de crisis como fue el año 2002, ha sido adecuado. Probablemente ha habido errores y no se advirtieron algunas de las dificultades que luego se observaron, pero debemos reconocer que ha tenido dos méritos importantes: el primero salir rápidamente con un programa que abarcó a la población en situación de riesgo, e incluir conceptualmente en la provisión pública del bien salud a los medicamentos.

Supone una fuerte inequidad en el seno de una sociedad que exista una parte de ésta que no pueda acceder al tratamiento que necesita. Entiendo que gran parte de la inseguridad que se nos repite a través de los medios de comunicación tienen su origen en ello, pero lamentablemente nada se escucha de las causas que han hecho que nuestro país haya cambiado en este sentido, y que el origen de la inseguridad es la desigualdad, la inequidad, y la falta de acceso a cuestiones básicas como la salud, la educación y la vivienda.

Y en el ámbito que nos compete, me parece que se debe sostener que el sector público debe necesariamente realizar la provisión del bien salud para un segmento de la población. Es necesario impulsar fuertemente la planificación del sistema de salud para corregir la fragmentación territorial que existe, y mejorar o modificar la cuestión específica de la provisión de los medicamentos a las personas sin cobertura social, sobre todo si es por estar fuera del mercado laboral, porque esto forma parte de la equidad con que una organización social debe contar.

Si uno mira la distribución del gasto de las familias, que mostramos en la tabla siguiente, observa que los de menores recursos destinan una porción muy importante de su ingreso a la compra de alimentos, a la vivienda y a la salud, y que el 70% de esos recursos están destinados a subvenir estos tres gastos. En cambio si uno mira el decil superior, eso solamente representa el 46%. Cuando uno hace una estadística de este tipo, si bien ésta es una estadística vieja, creo que acá hay que hacer un comentario, porque la encuesta de gastos se hace siempre después de un censo de población, y el censo de población se hizo en el 2001, después de eso se selecciona una población que

Incidencia en los ingresos familiares de cada tipo de gasto

Gasto de consumo de los hogares según deciles de ingreso neto mensual per cápita por finalidad del gasto en porcentaje.										
Total país - Años 1996 y 1997										
Finalidad del gasto	Hogares ordenados por ingreso neto mensual per cápita (1)									
	Decil									
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Total gasto de consumo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1. Alimentos y bebidas	53,93	47,83	43,91	41,73	39,32	36,82	34,32	31,91	28,72	23,75
2. Indumentaria y calzado	6,75	7,60	7,41	7,48	7,09	7,82	7,49	6,78	7,33	6,93
3. Vivienda	11,72	12,11	12,69	12,25	12,98	12,16	12,93	13,37	13,02	12,87
4. Equipamiento y funcionamiento	4,68	4,73	4,99	4,82	5,53	5,06	5,72	6,63	7,59	9,74
5. Atención médica y gastos para la salud	4,05	5,92	7,24	7,91	7,75	8,52	8,76	10,18	9,48	9,37
Productos medicinales y accesorios terapéuticos	3,09	4,65	4,56	5,38	5,06	5,33	5,04	5,05	4,33	3,58
Servicios para la salud	0,96	1,27	2,68	2,53	2,69	3,19	3,72	5,13	5,15	5,79
6. Transporte y comunicaciones	8,37	9,71	10,74	11,92	12,70	14,07	14,37	15,02	15,93	15,58
7. Esparcimiento y cultura	3,41	4,75	5,02	5,75	6,33	6,48	7,44	7,53	8,83	12,30
8. Educación	1,75	2,10	2,73	2,93	2,99	3,83	3,58	3,59	4,32	4,86
9. Bienes y servicios diversos	5,34	5,24	5,34	5,21	5,31	5,22	5,41	5,00	4,78	4,59

Fuente: INDEC, Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares.

significa una muestra que es posible extrapolar al resto de la población, y se le pregunta a esa gente cómo distribuyó su gasto. Entonces en este sentido puede ser que hoy exista algún cambio en esta distribución, pero lamentablemente no están publicados los últimos datos.

Pero quiero mostrarles algo en este otro cuadro que vamos a ver a continuación, aunque en realidad yo lo tenía preparado para que vieran el tema del ingreso. En la columna que dice porcentaje del ingreso, eso es cómo se distribuye el ingreso nacional entre la población, éste es el primer trimestre del año 2007, y significa que el 10% de la población tiene el 1,2% del ingreso, ese es el nivel más bajo del ingreso, y el 10% del rango superior o sea del último decil tiene el 34,4%. O sea que hay una población que recibe una proporción muy baja del ingreso nacional, y que además gasta mucho más proporcionalmente para subvenir a tres de sus necesidades básicas que son la vivienda, los alimentos, y la salud.

**Población total según escala de ingreso individual
(Primer Trimestre 2007)**

Decil	Escala de ingreso		% del Ingreso	Ingreso medio por decil
	Desde	Hasta		
1	5	200	1,2	140
2	200	400	2,6	304
3	400	500	3,9	454
4	500	630	4,9	568
5	630	800	6,4	735
6	800	1000	7,9	914
7	1000	1200	9,6	1.110
8	1200	1600	12,4	1.429
9	1600	2350	16,7	1.928
10	2360	56000	34,4	3.974
			100,0	1.156

Fuente: INDEC. Encuesta permanente de Hogares

Perspectivas futuras en la financiación de los medicamentos

En relación a las perspectivas futuras respecto de la financiación de los medicamentos creo que surgen tres cuestiones. La primera es qué parte de los medicamentos serán cubiertos por la seguridad social, y es importante entonces ver cuál será la evolución de los recursos destinados a la seguridad social, y qué proporción de los recursos de la seguridad social se destinarán a ese gasto.

Evolución del nivel de beneficiarios del sistema de seguridad social

PERIODO	BENEFICIARIOS	GRUPO FAMILIAR	AFILIADOS	EVOLUCIÓN
2005	10.000.000	2,73	4.029.304	100
2008	16.700.000	2,73	6.117.216	152

Ahora bien, ¿qué parte de los medicamentos será cubierta por la seguridad social? Ésta es una definición política que tiene que ver con la política sanitaria y que deberá tomar en cuenta la restricción de supone determinado nivel de ingresos, y deberá definir qué es lo que desea cubrir a ésa población que habíamos dicho que debe ser provista por el Estado.

En cuanto a la incorporación de nuevas drogas, coincido totalmente con el análisis que han hecho quienes me precedieron respecto de que debe establecerse estrictamente cuál es el costo beneficio de esa incorporación. Creo que hay que analizar una cuestión adicional respecto de cuáles son los gastos médicos que dejó de hacer por día, como ser gastos médicos en relación a la cantidad de días trabajados. O sea que pueden existir alternativas que tienen que ver con una distribución diferente del gasto del sector salud, dependiendo de la asignación de nuevos medicamentos.

Con respecto a las perspectivas de los recursos destinados a la seguridad social, existen varios indicadores cuya evolución debemos proyectar con el fin de realizar una prospectiva respecto de éste punto. La población económicamente activa, el nivel de ocupación, la evolución del salario, y la evolución de la economía.

Población económicamente activa

Población total	38.097.313
Población mayor de 14 años	26.681.048
Población ocupada	10.913.187
Población desocupada	4.351.596
PEA	70,03
Ocupados	40,90
Desocupados	16,31
Tasa de actividad	57

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población H y V 2001

La población económicamente activa (P.E.A.) se define como la cantidad de habitantes de un país mayores de una cierta edad (fijada habitualmente entre los 14 y los 21 años) que tienen empleo o que, no teniéndolo, están buscándolo o a la espera de alguno. Ello excluye a los pensionados y jubilados, a las amas de casa, estudiantes y rentistas así como, por supuesto, a los menores de edad. Luego, si se calcula el porcentaje entre la PEA y la población total se obtiene la tasa de actividad general de un país.

Estos datos que mostramos en la tabla de arriba corresponden al censo de población del año 2001. Nuestro país posee una tasa de actividad relativamente baja si se la compara con otros países, es esperable que esto se incremente ya que la información disponible nos dice que la evolución durante los últimos años ha sido positiva.

Ya observamos la evolución del nivel de beneficiarios del sistema de la seguridad social, que comprende sólo las obras sociales de carácter nacional, o sea aquellos que están bajo la égida de la Superintendencia de Seguros de Salud, entre el 2005 y el 2008. Vemos que ha habido una cantidad importante de inclusiones, el 52% respecto de 2005. Ahora, no es posible con la información existente diferenciar estrictamente qué porción de la formalidad deviene del blanqueo de una parte de la ocupación existente, pero sí es razonable inferir que la diferencia entre los dos valores corresponden a ese monto.

¿Qué pasa con la cantidad de afiliados monotributistas que se han incorporado al sistema? Estos trabajadores que tienen en cierto modo un manejo independiente de su actividad laboral, han podido incluirse en las obras sociales cuando se modificó la legislación, dejando que sea una posibilidad optativa por parte de las obras sociales el aceptar o no monotributistas. Puede decirse que la evolución de todo este grupo de afiliados incide en el aumento de formalidad del 52%. No obstante, respecto de los monotributistas, que son una cantidad importante de afiliados, debemos separar dos cuestiones o mirarlos desde dos lugares distintos: desde el punto de vista de los recursos de la seguridad social, y desde el punto de vista de las obras sociales.

Cuando uno lo mira desde el lado de los aportes a la jubilación, esto es una ventaja para el sistema porque implica un mayor nivel de ingreso y por lo tanto una disminución de la carga al sistema de pensiones. Ahora cuando los afiliados se incorporan al monotributo, lo hacen en general en una proporción muy alta con el valor mínimo de aportación, que es de 37 pesos, y la distribución etaria para ese segmento está muy sesgada a la persona de más edad, y esto tiene que ver con que una parte importante de la población justamente está pagando el monotributo como modo de terminar de cumplir con los años exigidos para obtener la pasividad.

Entonces el problema del ajuste de riesgo que tienen las obras sociales respecto de esta población es fuerte, lo que puede llevar a tener un desfinanciamiento de ese sector como consecuencia de ello.

El cuadro del nivel de ingresos de esta población ya lo hemos visto antes. Y si en la tabla que sigue miramos la evolución del salario mínimo, vital y móvil, vemos que es positivo, y allí podemos ver lo que es la variación mensual. No obstante, acá tenemos un problema digamos de información básica, no hay información básica demasiado actualizada de la evolución del conjunto de los salarios, sí de la evolución del salario mínimo vital y móvil, y ese es el que se considera en la tabla. Pero como este salario de alguna manera está enganchado con las escalas salariales de todos los convenios que se negocian, la tendencia de todos los convenios es similar.

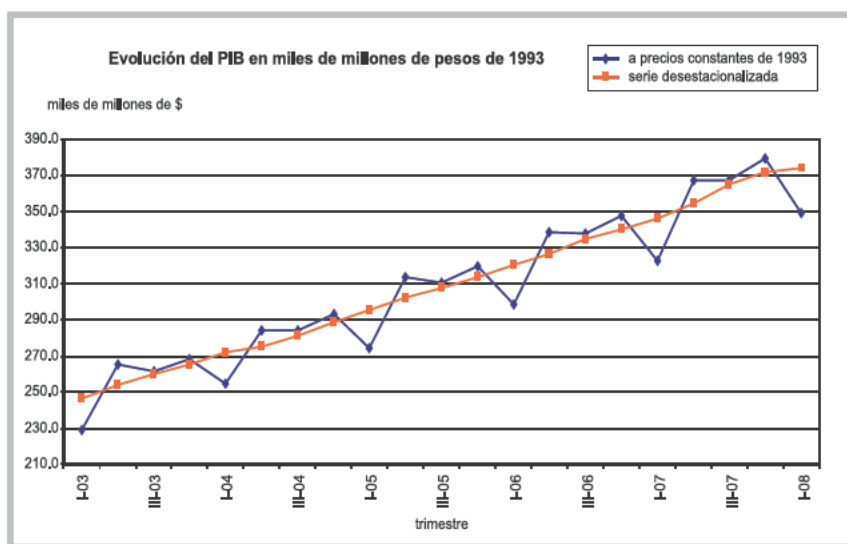
Evolución del Salario Mínimo Vital y Móvil (En pesos corrientes)

Período	SMVM	Variación	Indice Base Ago-93=100
Ago-93 - Jun-03	\$ 200		100
Jul-03	\$ 250	25,0%	125
Ago-03	\$ 260	4,0%	130
Sep-03	\$ 270	3,8%	135
Oct-03	\$ 280	3,7%	140
Nov-03	\$ 290	3,6%	145
Dic-03	\$ 300	3,4%	150
Ene-03 / Ago-04	\$ 350	16,7%	175
Sep-04 / Abr-05	\$ 450	28,6%	225
May-05	\$ 510	13,3%	255
Jun-05	\$ 570	11,8%	285
Jul-05 / Jul-06	\$ 630	10,5%	315
Ago-06	\$ 760	20,6%	380
Sep-06 / Oct-06	\$ 780	2,6%	390
Nov-06 / Jul-07	\$ 800	2,6%	400
Ago-07 / Sep-07	\$ 900	12,5%	450
Oct-07 / Nov-07	\$ 960	6,7%	480
Dic-07 / Jul-07	\$ 980	2,1%	490
Ago-08 / Nov-08	\$ 1.200	22,4%	600
Dic-08	\$ 1.240	3,3%	620

Fuente: MTEySS

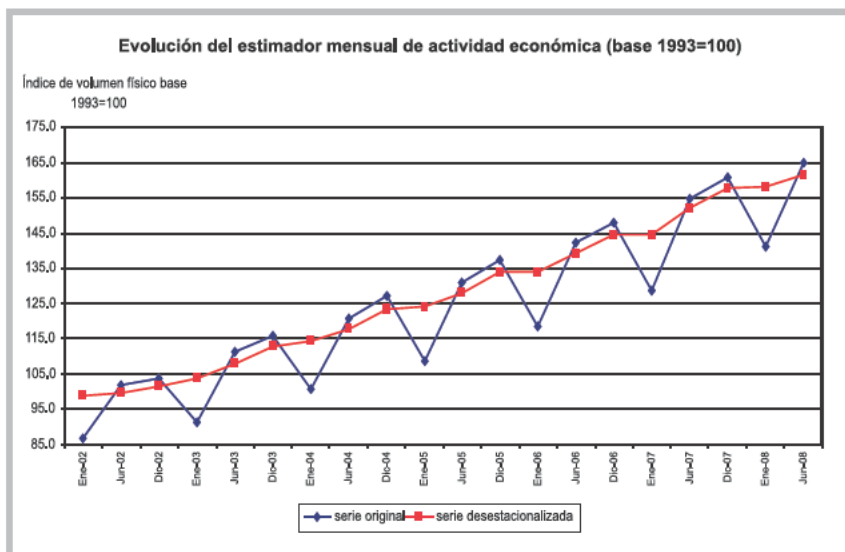
Otro de los aspectos que habíamos dicho que teníamos que ver era el tema de los ingresos del conjunto del sistema, o sea los recursos destinados a la seguridad social. En el sistema, la evolución de la economía ha sido positiva durante estos años, pienso que el sistema seguirá creciendo aunque no en la misma proporción que lo está haciendo hasta ahora. O sea, estamos creciendo a una tasa de 8 ó 9%, creo que esa tendencia si bien será creciente, me parece que no va a tener el mismo valor hacia adelante.

Evolución del PIB en miles de millones de pesos de 1993



A continuación mostramos la evolución del estimador mensual de la actividad económica, que tiene que ver también con el nivel de ocupación. O sea si yo tengo un producto bruto creciente más un nivel de actividad económica creciente, la cantidad de ocupación, aún con el incierto coeficiente que ajusta, para el nivel de ocupación es positivo.

Evolución del Estimador mensual de actividad económica



O sea que si uno mira estos indicadores que se relacionan en forma directa con la recaudación de los recursos que se destinan a los pagos de aportes, puede observarse que son positivos. Consecuentemente no se ve un mal panorama, tanto respecto de los contribuyentes del sector como respecto de los flujos.

También es cierto de se están dando modificaciones importantes en los criterios de atención médica, orientándose hacia la prevención, y esto hace que pensemos, y ahí coincidimos con el disertante anterior, que los fondos destinados al sector salud van a ser crecientes en relación al producto del país.

Finalmente en relación con el último de los aspectos que habíamos mencionado, están los precios relativos del sector. En este sentido no tenemos en nuestro país mediciones que nos permitan inferir los cambios que se han producido. Sólo podemos tomar la información relativa a los precios que son releva-

dos en la Encuesta de Hogares, y ahí observamos que hay una división entre sector medicamentos e insumos médicos, y lo que es el gasto médico por el pago de mensualidades. En este sentido el gasto en medicamentos ha permanecido más o menos en un nivel similar al aumento de precios, levemente inferior, en tanto el otro de los indicadores ha aumentado durante cada año y desde el momento de la convertibilidad hasta ahora.

Entonces respecto de la evolución de los ingresos, entiendo que va a ser positiva en el mediano plazo, aunque creo que hay dos amenazas: una es el sesgo etario de las poblaciones que se incorporan a la formalidad, y consecuentemente en relación a las obras sociales una desfinanciación de ese sector Y después los cambios relativos al interior de los costos en la atención médica, porque tenemos aumentos más significativos en algunas áreas de la prestación de salud que en el tema de medicamentos, creo que allí va a haber una diferencia en el mediano plazo.

Financiamiento del Medicamento

Aspectos Tácticos desde una Visión Macro

Dr. Eduardo Franciosi

Introducción

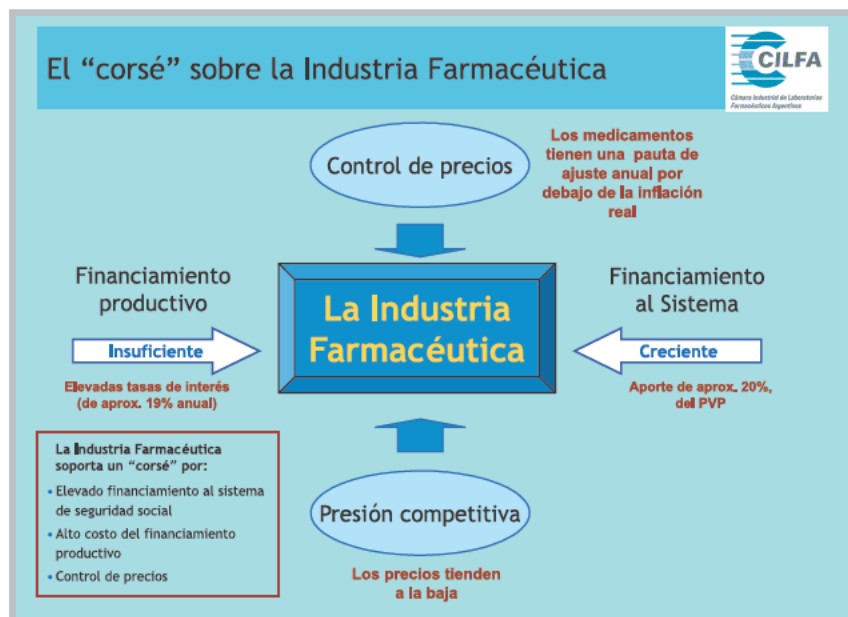
Un año después nos volvemos a encontrar en estas Jornadas. Agradezco a las autoridades de FEFARA la invitación y los felicito por la organización de este encuentro. Voy a dar una mirada al tema del financiamiento, y en este caso pienso abordar estrictamente desde una visión macro algunos aspectos tácticos de la cuestión del financiamiento de los medicamentos, que creo que a ustedes les va a interesar.

En primer lugar quería plantear la dicotomía existente en la economía argentina, y cómo esta dicotomía marca una diferenciación competitiva que afecta a la industria farmacéutica. El Estado Nacional subsidia a determinados sectores de la economía como el energético, el transporte, la empresa pública, el sector agroalimentario, el rural - forestal y algunos otros sectores industriales, y anualmente subsidia a éstos por una cifra aproximada a los 35 mil millones de pesos. Mientras a su vez la industria farmacéutica financia a distintos agentes estatales, como ser PAMI, IOMA, APROS y otras obras sociales, y del sector privado como por ejemplo prepagas y obras sociales de dirección de empresas, por un monto aproximado estimado para el año 2008 de mil millones de pesos. Esto marca una contradicción evidente, mientras que el Estado subsidia determinados sectores privados que tienen precios no controlados, un sector que tiene precios controlados subsidia al propio Estado y a otros sectores privados que son autosustentables financieramente.

Este cuadro puede empeorar y quizás el año que viene en lugar de hablar de dicotomía hablemos de conflicto, si a ello le agregamos las interesantes puntualizaciones que sobre el tema de producción pública marcaron aquí los representantes del Estado. Es decir, nos enfrentaríamos a la problemática de que el Estado va a subsidiar también a la empresa pública para producir medicamentos, en competencia y ventaja competitiva con empresas del sector privado que producen los mismos medicamentos. Pero eso será tema del año que viene, o de más adelante, en este momento solamente quería dejar el título.

El financiamiento de la industria farmacéutica

Quería mostrar gráficamente en el siguiente cuadro, una situación que hemos denominado «**El corsé de la industria farmacéutica**», y tratar de señalar qué es lo que está pasando.



Fuente: Franciosi E, 2008.-

Por un lado evidentemente el tema del control de precios está jugando muy en contra de la rentabilidad de las empresas industriales farmacéuticas. Es sabido que los medicamentos tienen una pauta de ajuste anual por debajo de la inflación real, y aquí en Argentina tenemos a Moreno que es el que fija las pautas muy enfáticamente, aunque las empresas pueden ajustar en materia de precios.

Ese es un elemento muy importante en este corsé que soporta la industria farmacéutica, y al que se suma el elevado financiamiento al sistema de la seguridad social, que es creciente y que está en el orden del 20% del precio de venta al público. Simultáneamente algunos otros factores están jugando en contra de la posibilidad de consolidar el perfil industrial del sector, como por ejemplo el alto costo del financiamiento productivo, porque como ustedes saben en la Argentina no hay crédito para las empresas medianas a tasas accesibles. Hoy el promedio de la tasa de interés para proyectos de inversión en modernización o en construcción de plantas industriales, ronda aproximadamente el 19% anual, y ésta es una cifra que en un marco de incertidumbre económica donde todos los valores caen, hace que los costos financieros sean prácticamente inabordables. Y luego tenemos la presión competitiva, ya que hay más de 300 empresas que producen y compiten y que lógicamente hacen que los precios tiendan a la baja.

¿Cuál ha sido la evolución del porcentaje de aportes que la industria farmacéutica ha hecho al financiamiento de los medicamentos en la seguridad social?

La industria farmacéutica financia a la Seguridad Social con un aporte porcentual creciente sobre el PVP. Aquí hablamos de un 20% promedio. ¿Y cómo se llega a eso? En la siguiente tabla, que es una estimación propia, marcamos a través de los últimos seis años, del 2004 a la fecha cómo fue la evolución.

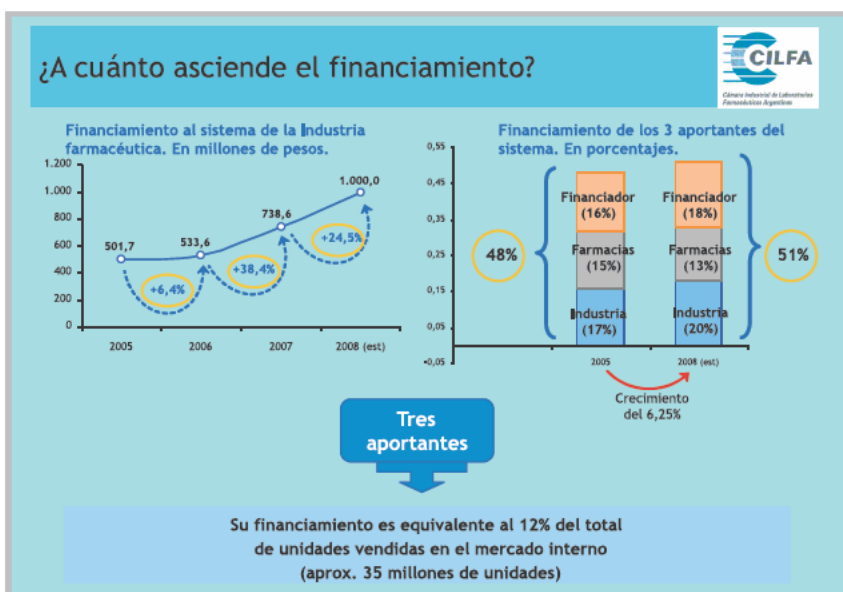
En el 2004 estábamos en el orden de un ratio promedio de un 15,3%, fuimos creciendo gradualmente hasta llegar en el 2008 a un porcentaje estimado del 20,2%. Como van a ver, estos porcentajes en puntos subieron alrededor de un 34%, pero en montos han crecido muy significativamente.

Período	Nivel del financiamiento
2004	15,3%
2005	16,7%
2006	17,9%
2007	19,4%

En el siguiente cuadro se muestra a cuánto asciende ese financiamiento en términos de pesos, y vemos en él dos gráficos.

En el gráfico que hay a la izquierda, para un nivel de aportes que decíamos que era del orden de 15 puntos en el 2004, teníamos en términos monetarios una cifra de aportes del orden de los 501,7 millones de pesos. Hoy creemos que en el 2008 esas cifras va a terminar en alrededor de mil millones de pesos. En el gráfico de la derecha sintetizamos el financiamiento de los tres aportantes del sistema de la seguridad social en porcentajes. O sea cuáles son los niveles de aportes que asumen respectivamente el nivel farmacéutico, el sector industrial, y los sectores financiadores de la seguridad social. Mientras que en el 2005 este nivel de aporte estaba en el 48%, hoy en el 2008 ronda el 51%. Es decir que en conjunto estos mil millones de pesos equivalen a alrededor de 35 millones de unidades, es decir un 12% del total de las unidades vendidas en el mercado nacional.

Financiamiento de la industria farmacéutica en el sistema



Fuente: Franciosi E, 2008.-

¿Por qué se hace este financiamiento de la industria, donde se originó básicamente?

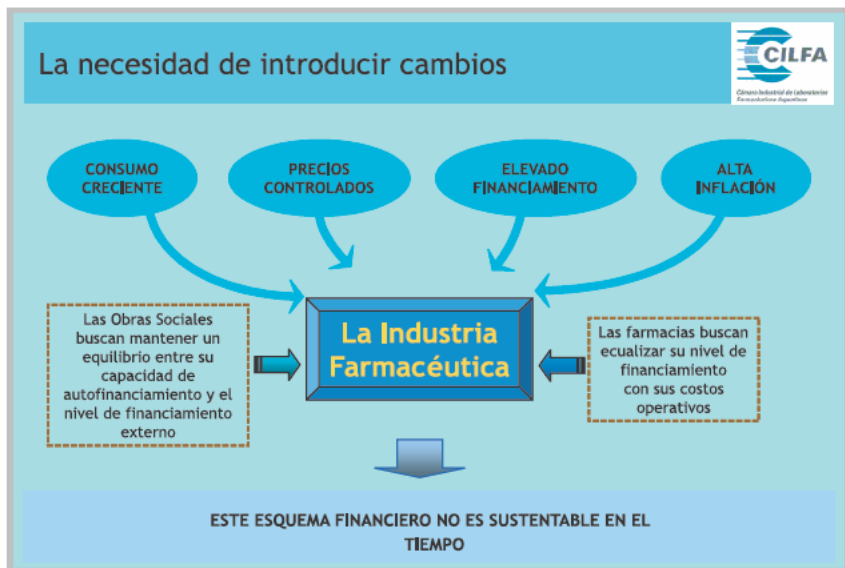
El aporte financiero de la Industria Farmacéutica tiene el objetivo de garantizar servicios inherentes a la gestión de un Estado desfinanciado, y que no se encuentra aún en condiciones de proveerlos. Comenzó con la crisis, con las severas crisis económicas en el marco de la emergencia económica del 2001. En realidad comenzó mucho antes, pero digamos que se profundizó para llegar a estos niveles de aporte ante la realidad de un Estado desfinanciado, donde los demás sectores debieron apalancar este desfinanciamiento para asegurar el pleno abastecimiento de los medicamentos, reducir el costo de la población al acceso de los medicamentos y garantizar que los mismos se distribuyeron con precios homogéneos en todo el país.

De cualquier forma, este financiamiento, este creciente subsidio de la industria a los agentes estatales y privados ha

tenido **efectos no deseados**. Básicamente podemos mencionar tres:

- Es un subsidio creciente que favorece a sectores privados que son autosustentables financieramente.
- En un escenario de estricto control de precios con costos fijos y variables crecientes, que suben proporcionalmente más que los precios, el financiamiento a cargo de la industria se incrementa.
- El aumento de los porcentajes de cobertura de medicamentos ha repercutido negativamente en una mayor financiación del sistema a cargo de la industria.

Por eso nosotros pensamos desde la mirada de la industria, en la **necesidad de introducir cambios**. Estos cambios deben ser articulados y consensuados entre todos los actores, básicamente para morigerar los efectos de los precios controlados y del elevado financiamiento, por cuanto este esquema no es sustentable en el tiempo



Fuente: Franciosi E., 2008

Y para ilustrar un poco más la no sustentabilidad de este esquema, veamos por ejemplo el cuadro que sigue.



Fuente: Franciosi E., 2008

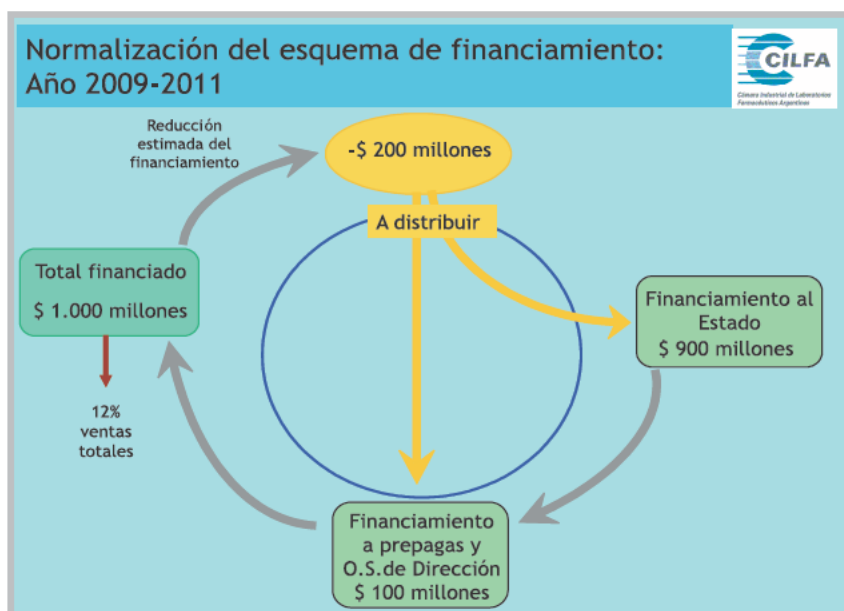
Antes decíamos cuánto había aumentado el precio de los medicamentos en el 2007. La pauta Moreno fue de un 12%, la inflación real fue de alrededor del 17% y el financiamiento al sistema del orden de un 19,4% promedio. Este esquema en el 2008 marca que hasta el momento vamos a tener una pauta de incremento del 10,5% para todo el año, contra una inflación real estimada en una versión bastante conservadora en un 21%. Allí vamos a tener una pérdida real por inflación del 10,5%, que sumada a la pérdida real por financiamiento del sistema, que es de un 20,2%, redondearía una pérdida real estimada de 30,7%. Y ésta es una pérdida que realmente, con los niveles crecientes de consumo del medicamento que se han venido verificando en los últimos años, a consecuencia de lo que marcaba antes la Lic. Clara Suárez del incremento del ingreso va a hacer que este sistema tenga que ser reconfigurado.

Por eso nosotros creemos que en los próximos cuatro años debemos apuntar a una **normalización del esquema de financiamiento de la seguridad social**, reduciendo el aporte para redimensionar una parte de los montos que actualmente asignamos, esto en un periodo de cuatro años en una reducción gradual. Acá ha-

Período	Nivel del financiamiento
2008	20,2%
2009	18,0%
2010	17,0%
2011	16,0%

Fuente: Franciosi E., 2008

blamos de reducir 200 millones de pesos al sistema en un esquema de gradualidad, como se marca en el cuadro, comenzando con el 20,2% actual, reduciéndolo a un 18% para el 2009, a un 17% para el 2010 y a un 16% para el 2011.



Fuente: Franciosi E., 2008

Conclusiones

Vamos a señalar de modo sintético nuestras **conclusiones**:

- La situación de precios controlados según una pauta inferior a la inflación real, y con un consumo de medicamentos en expansión, sitúa a la Industria Farmacéutica frente a un escenario de difícil sustentabilidad, y creemos que los demás componentes de las distintas etapas de la cadena farmacéutica sufren la misma situación.
- En los últimos 4 años la proporción del aporte de la Industria Farmacéutica en relación al total financiado creció un 32%. Pero por el efecto combinado de aumento del consumo y la inflación, el monto financiado más que se duplicó en el mismo período, desde los 500 millones que demostraba al inicio en el 2005 a los estimados mil millones de pesos para el 2008.
- Estos efectos originan un «corsé» sobre la Industria Farmacéutica que pone en riesgo su competitividad en el corto y mediano plazo, y hace entonces que lo debamos resolver rápidamente.
- Como corolario, es necesario implementar un esquema gradual de normalización del financiamiento que haga sustentable el modelo.



MESA N° 5

Acceso a la salud en América Latina, desafíos y logros

Coordinador: Farm. Manuel Agotegaray

Vamos a dar comienzo a la última de las Mesas de este primer día, y me parece que el abordaje del tema «*El acceso a la salud en América Latina. Desafíos y logros*», con tres ejemplos de países afectados por las políticas de los '90, va ser muy provechosa para que veamos los diferentes sistemas y las diferentes realidades de nuestra Región. Y veremos esto a través de las disertaciones de nuestros calificados expositores, a quienes presentaremos brevemente.

El Dr. Juan Rafael Vargas es Director de Postgrado de la Escuela de Economía de la Universidad de Costa Rica y Subdirector del Instituto de Investigación Económica, es además editor de la revista académica de Ciencias Económicas y Director del programa de televisión Economía y Sociedad. Ha obtenido su doctorado en Economía en la Universidad de Pennsylvania en Philadelphia, y su licenciatura en Economía en la Universidad de Costa Rica. Sus áreas de especialización son la Economía de la Salud, la Economía de la Energía y la Regulación, la Economía Ambiental, la Macroeconometría Aplicada y la Construcción de modelos, entre otras.

El Dr. Mario Rovere es médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, posee especialización en Epidemiología con intensificación en Epidemiología de la Tuberculosis en el Instituto Nacional de Epidemiología de Mar del Plata, es además Diplomado en Salud Pública con orientación a la Administración de Servicios de Salud por la Universidad de Buenos Aires; Especialista en Administración Hospitalaria por la Universidad Nacional de Salta, y ha realizado la Residencia en Salud Internacional con Especialización en Planificación Estratégica en la Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

El Dr. Renilson Rehem de Souza es médico graduado en la Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Bahía, posee una Maestría en Administración de Salud otorgada por el Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro, es Especialista en Planeamiento de Recursos Humanos por la Universidad Federal de Ceará, y Especialista en Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública Fundación Oswaldo Cruz, desempeñándose actualmente como Secretario Adjunto de Salud del Estado de Sao Paulo.

Acceso a la salud en Costa Rica, desafíos y logros

Dr. Juan Rafael Vargas

Introducción: Datos de interés de Costa Rica

Gracias a todos, en primer lugar gracias a FEFARA y a los organizadores de este evento por la invitación, y al gran pueblo argentino salud.

Le contaba a algunos amigos que yo fui a la misma escuela que don Oscar Arias, nada más que seis años después. La escuela quedaba frente a una plaza, el Parque Central de Heredia, que es la ciudad de donde yo vengo, y se llamaba justamente Escuela República Argentina. Debo decir que ahora ya no opera porque se han descentralizado la ciudad y el país, pero después de seis años de ir a la escuela República Argentina se generó una empatía, un sentimiento y eso desde ya perdura. Mis disculpas a los brasileños que no fui a la escuela Estado Federal de Brasil, pero bueno, no podía ir a varias escuelas.

Vamos a ver algunos datos de Costa Rica, y para empezar siempre es útil presentar la **Esperanza de Vida** según sexo, que se muestra en la tabla que sigue. Y aparecen dos cuestiones obvias, el sexo fuerte no es más fuerte aquí en los datos de Costa Rica, cuatro años de diferencia no se va fácil, debe haber aspectos genéticos y de esos no sé yo nada, de manera que me limito a mostrarlo.

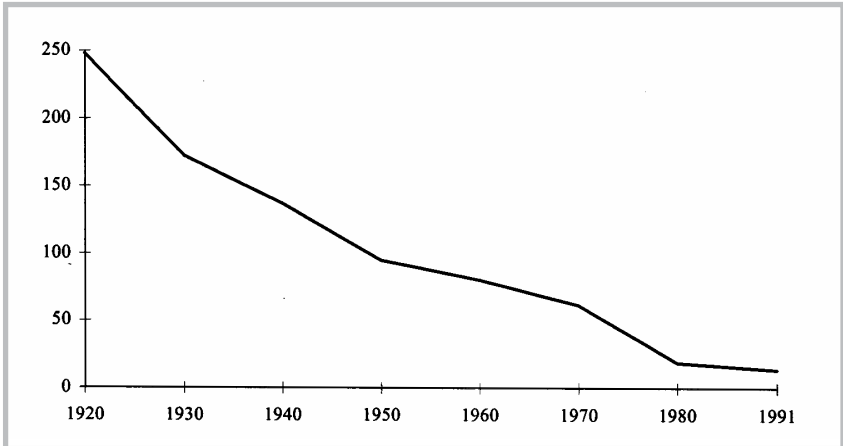
**Esperanza de vida según sexo
en Costa Rica**

Sexo	1990	1992	1994	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Femenino	78	78.1	78.3	79.1	79.5	79.3	19.8	80.2	79.9
Masculino	73.2	73.4	73.5	74.2	74.0	74.2	74.1	74.8	75.5
Total	75.6	75.7	75.9	76.6	76.7	76.7	76.9	77.5	77.6

Fuente: Vargas J. R., 2008.-

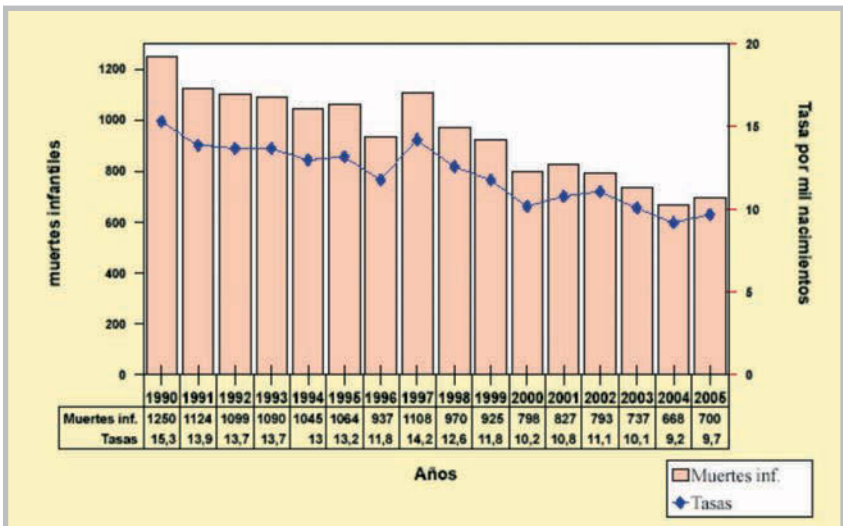
Y en el siguiente gráfico vemos la evolución de la **mortalidad infantil** en Costa Rica, que lo muestro además de porque es un dato importante, porque tiene un poco el tono de historia familiar, ya que para la época en que nació mi madre, de los 1000 niños que nacieron alrededor esa fecha en Costa Rica, 250 no cumplieron un año de edad. Cuando yo nací, 65 niños de los 1000 que nacieron alrededor esa época no cumplieron un año de edad, y cuando mi hija nació fueron alrededor de 20 los niños que de los 1000 que nacieron en ese momento no alcanzaron a cumplir un año de edad. Y ahora tenemos un reto muy grande, cerca de nueve niños que tienen derecho a una vida plena, a una vida llena de logros no cumplen un año de edad. El país tiene, y quiero enfatizarlo, tiene retos, tiene problemas enfrente, pero ha caminado, aunque ha caminado lentamente porque es un país pobre.

**Mortalidad Infantil 1920-91 en Costa Rica
(Por 1000 niños que mueren en el primer año de vida)**



Fuente: Vargas&Sáenz, 1994.-

**Tendencias de la Mortalidad Infantil 1990-2005 en Costa Rica
(Tasa por 1000 nacimientos)**



Fuente: INEC – Unidad de Información Estadística del Min. De Salud.-

En Costa Rica, de donde venimos, tenemos ya más de un siglo de la abolición de la pena de muerte, y en esto fue muy importante que la esposa de un dictador que tuvimos sintiera miedo de lo que podía pasar cuando perdiera el poder su marido, que finalmente nunca lo perdió porque se murió siendo dictador, pero tenía miedo de que lo fusilaran, entonces lo convenció de que aboliera la pena de muerte. Fue acaso por razones egoístas, pero me parece muy importante porque al empezar el siglo XX sólo tres países en América Latina no tenían pena de muerte.

Por otro lado hace 60 años que se abolió el Ejército Nacional. Y éstos son hechos importantísimos porque todas éstas son obras creadoras de vida, esos 60 años han dado la oportunidad de tomar todos esos recursos, porque repito que el nuestro es un país pobre y de hecho era la región más pobre de todo el continente hasta donde uno puede registrar, digamos hace 500 años, y ahora no somos ricos pero estamos a nivel intermedio. Hemos avanzado lentamente, y una de las razones para avanzar fue que esos recursos se pusieron en donde había que ponerlos: en educación y salud. Todos ustedes saben que a través de la educación se construye salud, de manera que es una doble inversión en salud.

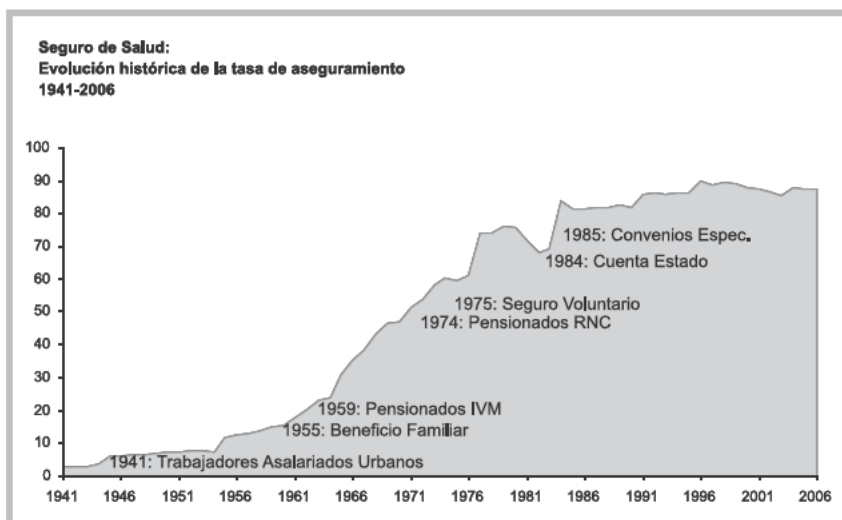
Hay un siglo de educación gratuita obligatoria costada por el Estado, es un proceso que empezó lentamente, es decir, no quiere decir que el día que se aprobó la ley al día siguiente todos los niños estaban en la escuela, como en todo fuimos despacio pero sostenido. Y llevamos 66 años del sistema de seguridad social que empezó en 1941 y se ha ido desarrollando muy bien. Empezó con un monto muy pequeño de cobertura y a partir del '41 se integraron los trabajadores asalariados urbanos, y mencionemos también que tenemos un programa de asignaciones familiares que es nuestra respuesta institucional, con todas las limitaciones que eso tiene, al tema de la pobreza.

Por cierto, tengo que confesar aquí que yo nací en los brazos del Estado Costarricense, porque nací en el primer hospital

que construyó el Seguro Social. Como ven, de nuevo los datos se entrelazan con lo que es una historia familiar, mi madre, que en paz descansa, era una educadora y los primeros que fueron integrados al sistema de seguridad social fueron los trabajadores del Estado y los trabajadores urbanos, de manera que yo fui recibido por los brazos amorosos del Estado Costarricense, fui luego a una escuela pública, la escuela República Argentina, y al Liceo de Heredia que también es escuela pública, y a la Universidad de Costa Rica que es pública. O sea que todo se lo debo el Estado, aunque tampoco soy fanático... ya me hice viejo y uno a estas edades no es fanático de nada.

En el gráfico que sigue mostramos la evolución histórica de la tasa de aseguramiento del Seguro de Salud Costarricense, desde 1941 hasta el 2006.

Implementación de modalidades no tradicionales de aseguramiento

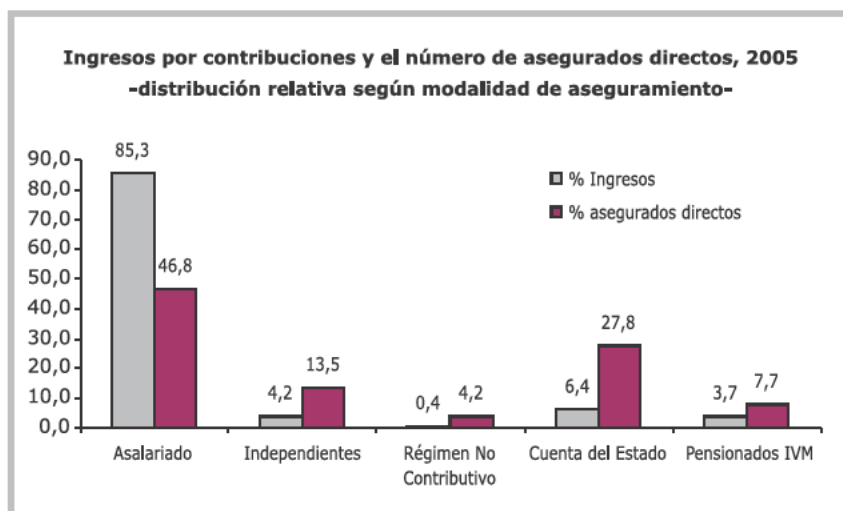


Fuente: Sección de Análisis Demográfico, Dirección Actuarial.-

Puede verse que comienza a partir de 1941, cuando como dijimos se crea con la integración de los trabajadores asalaria-

dos urbanos, en 1955 se le agrega el beneficio familiar, luego en 1959 los pensionados de invalidez y muertes pudieron ingresar, y en 1974 lo hicieron el resto de los pensionados. En 1975 se dio una nota importante que fue el Seguro Voluntario, en 1984 como además venía cayendo la afiliación, se hizo algo muy importante que fue la afiliación por cuenta del Estado, y esto se amplió luego con convenios especiales. Tengo que agregar que hay habitantes de Costa Rica, y yo normalmente no hablo de ciudadanos sino de habitantes, porque nosotros nos hemos visto engrandecidos en cerca del 10% de los 4 millones que tenemos por ciudadanos que no nacieron en Costa Rica, pero que votaron con los pies cuando decidieron ir a Costa Rica. La mayor parte son nicaragüenses. Tal vez mis compatriotas no terminan de entender lo agradecidos que tenemos que estar con los nicaragüenses, y los nicaragüenses no se sienten del todos cómodos, en parte posiblemente con razón porque al rato somos muy insufribles los costarricenses, pero de cualquier modo, escogieron ir a Costa Rica, por eso el aseguramiento se amplió luego con convenios especiales.

Solidaridad en el financiamiento

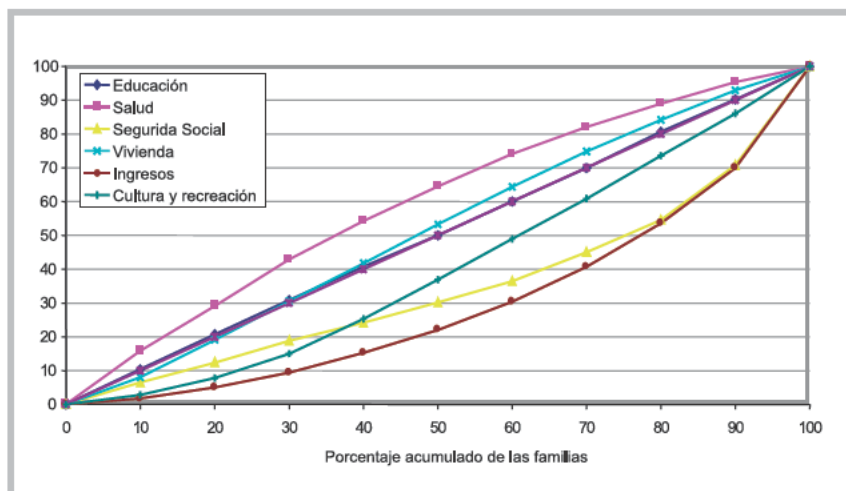


Fuente: presentado por Vargas JR, 2008.-

¿De dónde sale el tema importante del financiamiento? La mayor parte de bienes de asalariados, de independientes, del régimen no contributivo, de pensionados por invalidez y muerte y también por cuenta del Estado. Porque hay quienes no pueden pagar, y el Estado tiene que venir a pagar por todos porque es la manera de llegar a la universalización, ya que si se crea el derecho a la salud todos los costarricenses tienen que tener acceso a ella.

La pregunta es ¿cómo tributan los que no tributan? Algunos son los que no pueden tributar pero pudieron haber tributado y escogieron no hacerlo, viven de la renta o de lo que fuera. Pero también están los que no pueden y de nuevo los pensionados. En el siguiente gráfico se muestra la curva de Gini, que es como no debe ser en construcción analítica, pero sí como debe ser en políticas sociales, el gasto de la salud es progresivo, gastando en salud el Estado costarricense le damos más a los más pobres, y eso es un mensaje importante.

Éxitos de la Política Social Costa Rica Distribución del ingreso y el gasto social por función - 2.000 -

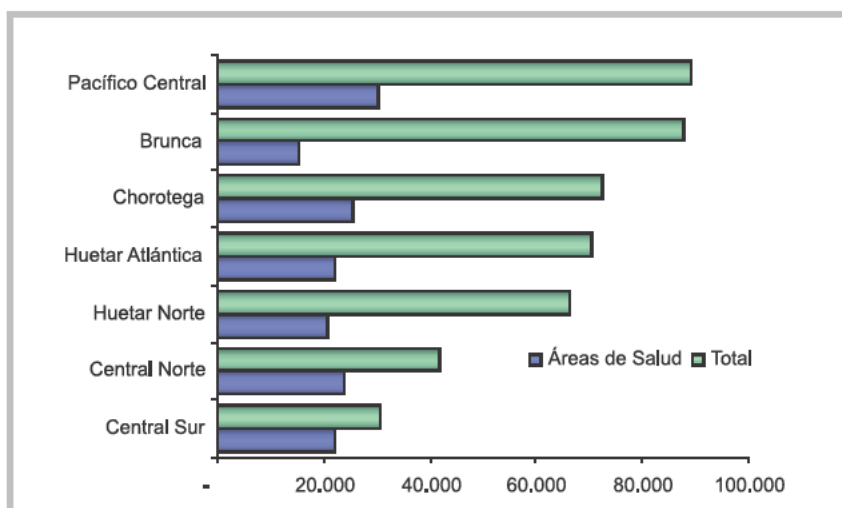


Fuente: Trejos (2002) Pobreza infantil y equidad social.-

La necesidad de una reforma

Estamos distribuidos no equitativamente, por ejemplo la región Brunca recibe menos, esta patria de alguna manera cuasi generosa no reparte igual a todos los ciudadanos en todo el país. Entonces, con tantos logros como traté de plantear que teníamos, ¿cómo es que también se planteó que teníamos necesidad de una reforma?

Equidad del gasto total (EBAIS vs hospitales)



Fuente: Elaborado con base en datos de la Dirección Compra Servicios de Salud y Dirección de Presupuesto

¿Por qué esa reforma? Porque nos estamos haciendo viejos, esta barba blanca de ustedes observan aquí, más estas canas y esta ausencia del copete de Elvis Presley... esto es lo que quedó, y significa que nos estamos haciendo viejos. Pero si hubiese sido sólo yo, ustedes me ven aquí, me observan, me ponen en un zoológico, me exhiben y ya está. Pero resulta que toda la cohorte que iba adelante mío y la que viene atrás está en ese mismo proceso, entonces los éxitos de que los niños ya no se mueren de problemas intestinales y de problemas respirato-

rios, significa que los niños que no se murieron tienen barba blanca. Y entonces ahora el tema salud se vuelve caro porque los niños no se mueren de problemas intestinales, donde por ejemplo solucionando el tema del agua potable, algo barato, rápido y con tecnología muy conocida, se resuelve el problema. Pero cómo se resuelve el problema de las vastatinas o los priles, que no curan, sino que lo que hay que hacer es tomarlos a diario... y estoy hablando de cosas de las que ustedes saben más que yo, pero lo que quiero decir es que este mes tengo que tomarlo y el mes entrante también y así sigue, pero además es probable el año entrante posiblemente tenga que tomar eso más alguna otra cosa. Me estoy volviendo caro y más caro me voy a volver, y ese es un problema del sistema, y ahí pues es necesaria entonces una reforma.

Tratemos de enumerar los **problemas que detectamos en los servicios de salud**¹:

- Sistema de planificación normativo que parte de la oferta de servicios
- Modelo de presupuestación histórico sin incentivos y dificultad para la recaudación
- Organización centralizada y jerarquizada en la toma de decisiones y dilución de la responsabilidad y la autoridad
- Insatisfacción de los usuarios con los servicios: problemas de calidad, trato y oportunidad en la atención

Básicamente había una **pérdida de valor de la Atención en el Primer Nivel**

¹ Referencia: CCSS, Propuesta de Readequación del Modelo de Atención, 1993.-

Partíamos de que en ese momento había un enfoque biólogo, con un concepto de salud con un énfasis curativo y en la atención hospitalaria. Había además una distribución inequitativa de los recursos, como ya lo vimos en el gráfico que mostraba las regiones, y limitaciones en la productividad y la eficiencia, con Médicos Generales desmotivados y una escasa cultura de trabajo en equipo, a lo que se agregaba la fragmentación de la atención.

Frente eso debía haber un **proceso de modernización**, esas fueron las palabras que se escogieron para replantear el sistema, porque hasta esos temas cosméticos de cómo llamar el proceso tuvieron y tienen su importancia. Entonces en la **readecuación del modelo de atención**, podemos decir que los puntos clave que se buscaban eran los siguientes:

- Enfoque Integral
- Énfasis en promoción y prevención
- Relación entre niveles bien definida
- Responsabilidad de un espacio - población
- Equipos de trabajo
- Participación social

Entonces todo esto a su vez esto plantea los temas del **financiamiento** y de **fortalecimiento institucional**², que sintéticamente pueden plantearse como sigue:

² Referencia: CCSS, Propuesta de Readecuación del Modelo de Atención, 1993.-

Financiamiento	Fortalecimiento institucional
<p>Origen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la recaudación • Mejorar calidad y oportunidad de pago • Disminuir costo financiero por trámites • Fortalecer el "seguro" como opción <p>Destino</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asignar recursos en función de necesidades y resultados • Incentivar eficiencia • Resolver limitantes que producen insatisfacción 	<ul style="list-style-type: none"> • Separación de funciones • Orientación a resultados • Gestión coordinada de la red • Fortalecer mecanismos de comunicación • Utilizar sistemas de información para planificación y control de gestión • Facilitar la participación social • Participación de los trabajadores • Incentivar la productividad y la calidad

La base, la clave del sistema son los **Equipos Básicos de Atención Integral (EBAIs)**, que están constituidos por un médico general, un auxiliar de enfermería y técnicos de atención primaria o ATP. Hay además un Equipo de Apoyo, que es un grupo constituido por un Médico de Familia, un Farmacéutico, un Trabajador Social, una Nutricionista, una Enfermera General, un Microbiólogo y un Odontólogo.



Este grupo se va moviendo a través del territorio, la atención asignada debe ser de alrededor de 1000 hogares, y eso significa que en los 4 millones debe haber cerca 4000 integrados a través del todo el país. El abordaje es individual, familiar y comunitario, lo cual implica integrar los servicios de salud con los aspectos familiar, comunitario, educativo y laboral. En el cuadro de arriba vemos el mapa de Regiones Programáticas y la estructura geográfica correspondiente.

Este método tiene una priorización de áreas de salud y también va a priorizar esquemas. Con un análisis de factores con extracción de componentes principales se construyen tres índices, que son los siguientes:

- IDRF: Índice de Disponibilidad de Recursos Financieros.
- IDSS: Índice de Demanda de Servicios de Salud.
- IRGS: Índice de Resultados en la gestión de los Servicios

Como ya decíamos antes, había una tendencia biologicista y pro- hospitalaria, que ahora se está volcando hacia la atención primaria, que implica médicos cerca de la gente. Incluso en el esquema está planteada la distancia mayor que debería haber entre un médico o un EBAIs y un ciudadano o una familia, y esto se cumple en el 85% de los casos. Todavía hay problemas en las zonas más retiradas, pero hay EBAIs a través de todo el país.

Esto se cumple a través de la aplicación de los dos primeros índices, de disponibilidad de recursos financieros (IDRF) y de demanda de servicios de salud (IDSS). Y el tercer elemento es el Índice de Resultados de Gestión de los Servicios (IRGS), a través del cual se califica anualmente la rendición de esos objetivos a través de un esquema de Compromiso de Gestión, y este resultado plantea un esquema de operación con cuasi mercados. Hay un Programa de Incentivos de Compromisos de Gestión, para lo cual se crea un fondo de recursos de aproximadamente 2% del presupuesto de las unidades prestadoras de ser-

vicios, y la forma de acceso es en función de los resultados en compromisos de gestión. Si la nota obtenida está entre 0 y 89,99 no hay incentivos, y si está entre el 90 y el 100% el incentivo es proporcional al resultado. Los recursos se distribuyen en el primer semestre del año siguiente. Los rubros autorizados para el uso de incentivos son básicamente capacitación, equipamiento y mejoramiento del ambiente.

Mencionemos entonces algunos **resultados**:

- Consolidación de una unidad de medida estándar
- Mejora en la gestión hospitalaria
- Vincular parte del presupuesto con los resultados en producción y gestión e incentivos en función de logros
- Redistribución de recursos hacia el primer nivel de atención
- Aumento en las coberturas con calidad de la mayoría de programas de atención
- Disminución de los egresos susceptibles de resolverse ambulatoriamente

La Reforma en gestión Uso de los «cuasimercados» y economía creativa en el sector público.

Las acciones implementadas por el proceso de reforma son las siguientes:

- ✓ Nuevo Modelo de atención: atención integral y reforzamiento del primer nivel de atención
- ✓ Separación de funciones: financiador– comprador – proveedor, introducción de los compromisos de gestión y nuevo modelo de asignación de recursos
- ✓ Estrategias para mejorar la sostenibilidad financiera: Gestión de inspección y cobros

Básicamente aquí hay una **función de compra**, que implica un **plan de compra** y un **compromiso de gestión**, que hemos esquematizado en este gráfico:



Fuente: Vargas J.R., 2008.-

Todo esto significa además que el Estado está poniéndose metas y evaluando esas metas en este **esquema de compromiso de gestión**, que a su vez implica tres elementos fundamentales: un diseño de que es lo que se está haciendo, un esquema renegociación, donde el centro nos dice qué es lo que

quisieran, pero los interactuantes, ya sean hospitales u otros servicios, le dicen lo que puede ser, entonces se negocia y éste es un elemento fundamental. Al año siguiente hay que evaluar qué se cumplió de lo que se acordó. Entonces el Compromiso de Gestión queda claro que es un instrumento legal, que establece un convenio entre comprador y proveedor, donde se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar, con cumplimiento de criterios de calidad y oportunidad, relacionada a una asignación dada de recursos financieros.

En los servicios de salud la relación entre el comprador y el proveedor implica que el comprador persigue al proveedor que es el que pretende. Se trata de conseguir la máxima cantidad y calidad de servicios para la población por parte del comprador, y a su vez el proveedor debe cumplir los compromisos adquiridos con eficiencia y calidad. Y siempre en el medio de ambos está el contrato, representado por ese instrumento legal que dijimos que es el Compromiso de Gestión.

¿Pero quiénes son en realidad estos dos actores? Son el Estado y el Estado. Hay una variante allí pero eso no lo voy a plantear, porque quiero ir directamente a la evaluación.

Antes mencionemos los **aspectos fundamentales de la Reforma en Costa Rica:**

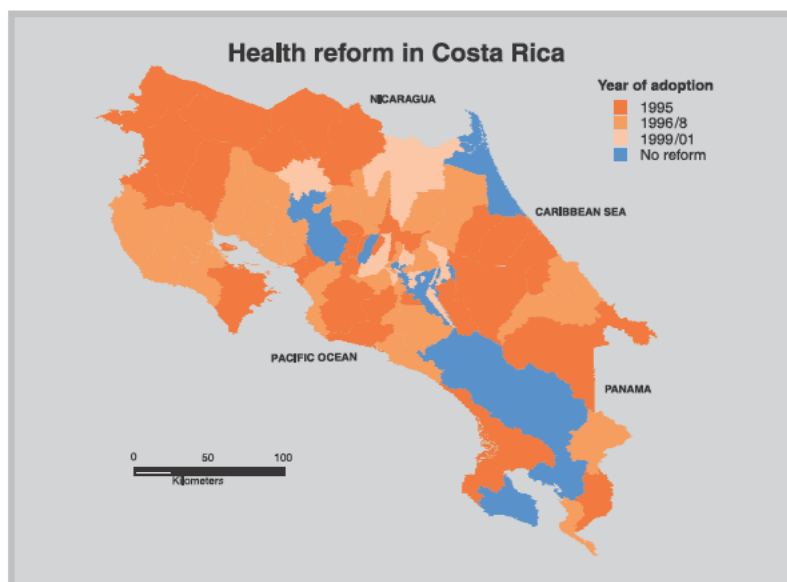
- ✓ Inicia ejecución en 1995
- ✓ Motor son préstamos del Banco Mundial
- ✓ Concentración en lo económico (eficiencia y asignación de recursos)
- ✓ Unificación y racionalización de servicios
- ✓ Cierta descentralización (Áreas de Salud)
- ✓ Mejora en el primer nivel de atención con EBAIS
- ✓ Mejoras gerenciales en 2o y 3r niveles.

Decía que quería pasar directamente a la **evaluación**, y la evaluación la hizo Luis Rosero en lo que se llama un experimento natural, porque no sólo es importante evaluar todos los años, sino evaluar a todos los procesos. Aquí básicamente la ventaja y lo que permitió el experimento natural, es que la reforma no se adoptó inmediatamente sino que pasó como con la mayor parte de las cosas que hacemos nosotros, las hacemos despacito, y si las hacemos despacito quiere decir que la reforma en el primer nivel fue adoptada paulatinamente por diferentes áreas. Es decir que se empezó en ciertas regiones y se continuó en otras.

Otros elementos fueron el año de adopción bien documentado, se trató además de probar hipótesis: una fue que la adopción de la reforma mejora significativamente la salud, y otra fue probar hipótesis de dosis-respuesta: a mayor tiempo de la Reforma, mayor impacto.

Abajo mostramos lo que era básicamente la geografía de Costa Rica cuando Rosero escribió su estudio.

La reforma de salud en Costa Rica



El área más oscura, más naranja fue donde se comenzó primero, pero vean que hay áreas azules que implican que en el momento que Rosero hizo este estudio todavía no se habían reformado. Puede decirse que hay un proceso que viene desde las regiones más retiradas, que normalmente son las más pobres, hacia el centro.

¿Con qué datos hizo esta evaluación?

- Trabajó con series de tiempo para 420 distritos (aprox. 5,000 a 10,000 hab.) y 17 años (1985-2001).
- Estadísticas de defunciones del INEC (en <http://censos.ccp.ucr.ac.cr>) por sexo, edad y causas de muerte (grandes grupos).
- Población y sus características de censos (interpolados) de 1984 y 2000 y de registro de nacimientos

Y llegó básicamente **a cuatro resultados de la reforma:**

- **Resultado 1: La reforma priorizó las áreas menos desarrolladas**

Indicadores	Total	Reforma 1995-96	Reforma 1997-00	Sin reforma
Población (millones)	3.81	1.27	1.31	1.23
Con Educación secundaria	46%	34%	49%	55%
Inmigrantes nicaragüenses	13%	12%	15%	14%
Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos) 1993-95	13.4	14.5	12.5	13.2

- **Resultado 2: La reforma mejoró la equidad de acceso a los servicios**

La reforma priorizó las áreas menos desarrolladas y empezó por donde debió haber empezado, por donde estaba más

lejos la mano del Estado, donde estaban los que más lo necesitaban.

Como puede verse en la tabla de abajo, la reforma mejoró la equidad en el acceso de la población que sufría de inequidades.

	Población con inequidad de acceso			
Año	Total	Reforma 1995-96	Reforma 1997-00	Sin reforma Jun-2000
1994	22%	36%	14%	14%
2000	13%	21%	6%	11%
Cambio	-9%	-15%	-7%	-3%

- **Resultado 3: La reforma redujo significativamente la mortalidad**
 - **Las vidas salvadas por la Reforma: 120 niños y 350 adultos en 2001**

Mortalidad relativa, modelo Poisson efectos fijos				
Variable	Niños		Adultos	
explicativa	TR		TR	
Reforma	0,92	*	0,98	*
Dosis: 5 años reforma	0,87	*	0,96	*
Sexo masculino	1,25	*	1,45	*
Edad (1 año)			1,08	*
% asegurados	1,00		1,03	*
% educación secundaria	0,77	*	1,03	*
Índice de ingreso normalizado	0,97		0,98	*
% nicaragüenses	0,99		1,00	
% inmigrantes últimos 5 años	0,95		0,98	
% tasa general de fecundidad	1,56	*	1,12	*
% madres adolescentes	1,02		1,01	
% madres solteras	0,99		1,00	
* significativo al P < 0.05				

▪ **Resultado 4: Impacto mayor de reforma en enfermedades transmisibles**

Mortalidad relativa, modelo de Poisson					
Variable	Transmis.		Sociales		Crónicas
explicativa	TR		TR		TR
Reforma	0,86	*	1,02		0,98
Dosis: 5 años reforma	0,78	*	0,98		0,96
Sexo masculino	0,92	*	2,43	*	1,43
Edad (1 año)	1,06	*	1,04	*	1,09
% asegurados	0,95		1,05		1,03
% educación secundaria	1,26		1,03		1,02
Índice de ingreso normalizado	0,93	*	0,99		0,97
% nicaragüenses	0,99		0,99		1
% inmigrantes últimos 5 años	0,91		0,96		0,98
% tasa general de fecundidad	1,20	*	1,17	*	1,11
% madres adolescentes	1,10		0,99		1,02
% madres solteras	1,01		1,00		0,99
* significativo al P < 0.05					

Los Resultados del Modelo Rosero son los siguientes:

- ✓ Focalización inicial de la reforma en áreas menos desarrolladas, redujo la brecha de acceso a servicios médicos, mejoró la equidad de acceso y redujo significativamente la mortalidad.
- ✓ La reforma puso fin a una década de estancamiento en la esperanza de vida y en la mortalidad en Costa Rica

Otras características de la problemática: Los medicamentos

La pregunta es ahora cuánto gastamos en medicamentos, y aquí Albin Chavez, que en Costa Rica es el zar del sistema en este rubro, la verdad es que escogió con quién medirse. Y claro,

al compararse con Estados Unidos en el cuadro que sigue, se ve lo eficiente que es su sistema; ellos gastan todo el dinero que tienen y nosotros un poquitito de lo poquito que tenemos.

Política de Medicamentos Comparación de Gastos 1994 en Dólares

Estados Unidos	
⇒ Ingreso per cápita	25 880.00
⇒ Gastos per cápita en Medicamentos	288.46
⇒ % Ingreso destinado a Medicamentos	1.11
Costa Rica	
⇒ Ingreso per cápita	2 400.00
⇒ Gastos per cápita en Medicamentos	26.98
⇒ % Ingreso destinado a Medicamentos	1.12
C.C.S.S	
⇒ Gastos per cápita en Medicamentos	15.48
⇒ % Ingreso destinado a Medicamentos	0.645

¿Cómo lo dispensamos? Lo mostramos en la tabla siguiente, con algunos indicadores de la Seguridad Social, y puede verse el crecimiento que hubo en este tema, como de 1994 al 2001 ha crecido de manera importante.

Política de medicamentos

Medicamentos	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Dispensados en Millones	27.2	28.8	30.8	32.5	35.2	38.2	38.8	41.9
Medicamentos p. Consulta	2.94	2.95	2.98	2.93	2.94	3.03	3.06	3.15

Veamos ahora en otro enfoque si lo miramos por tipo de servicio, y veremos que en todos los tipos ha crecido. Y en cuanto al porcentaje del gasto en medicamentos del Seguro Social, que por supuesto también ha crecido, muestra un tema significativo, y es que cobrar sigue siendo una cuestión importante.

**Promedio de medicamentos disponibles
- Por tipo de servicio -**

Años	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Egreso Hospitalario	9.55	10.2	12.4	12.7	13.5	14.2	15.14	15.24
Consulta Ambulatoria	2.77	2.74	2.88	2.50	2.56	2.63	2.83	3.23
Consulta de Urgencia	1.88	1.93	1.93	1.98	1.91	1.95	1.81	1.91

Porcentaje del Gasto en Medicamentos del Seguro Social

Año	Porcentaje
1994	8.5
1995	8.0
1996	9.4
1997	8.4
1998	6.9
1999	6.7
2000	8.8
2001	9.3

En la siguiente tabla tenemos un perfil de cuáles son los principales rubros o grupos terapéuticos donde están los problemas importantes, los problemas de difícil solución, porque lo único que hemos hecho es eso: tener nuevos problemas a resolver.

**Política de medicamentos
- DDD por cada 1000 Habitantes por día -**

	Año							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Grupo Terapéutico								
Antibióticos	20	30	24	16	17	22	23	20
Antihipertensivos	34	39	47	51	54	77	82	84
Daines	18	18	18	18	18	16	22	21
Benzodiazepinas	10	8	10	10	10	8	8	8
Hipoglicemiantes	13	13	14	14	15	18	20	22
Total	95	98	113	109	114	141	155	155

Y repito que ya no tenemos niños con diarrea, ahora tenemos problemas de otra magnitud. Los nuevos desafíos son los tratamientos de patologías como: Sida, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Esclerosis Múltiple, Cáncer, Hemofilia o Trasplantes.

Esto que mostramos abajo es básicamente lo que está significando en términos de la población derechohabiente respecto a estos medicamentos, porque encima nos metemos en estos ámbitos que de nuevo crean vida.

**Política de medicamentos
- Financiamiento del sector salud -**

Patología	Costo Tratamiento Anual /Paciente \$	% Presupuesto Medicamentos	N. Pacientes Tratados	% Población Derecho-Habiente
Sida	6 586 000	9.7	937	0.03
Ela	740 400	0.74	49	0.001
Esclerosis M	464 640	0.73	40	0.001
Hemofilia	1 183 500	1.82	140	0.003
Trasplantes	1 389 388	2.14	200	0.006
Cáncer	2 572 655	3.97	5 280	0.15
Total	12 936 810	19.1	6 646	0.20

Y siguiendo con el problema de los costos, hallé un esquema básicamente de genéricos, que simplemente lo muestro aquí, pero ese es un tema del cual ustedes conocen más y han hablado más.

Política de Medicamentos Genéricos

Año	Costo Promedio \$	Pacientes	Costo Anual (miles \$)	Presupuesto (miles \$)	% Costo/Presupuesto
1998	4 260	409	2 969	56 536	5,25
1999	6 803	609	4 143	47 422	8,74
2000	7 029	937	6 586	67 935	9,7
2001	4 641	1 144	5 310	64 947	8,18
2002	2 623	1 382	3 625	70 930	5,11

Para terminar, este gráfico muestra los resultados de una encuesta que hicimos en la Universidad, para averiguar de dónde se obtienen los medicamentos. Y como se ve el gasto de bolsillo todavía juega un papel muy importante, incluso creciente.



Acceso a la salud en Brasil, desafíos y logros

Dr. Renilson Rehem de Souza

Introducción

Quería antes que nada agradecer la invitación y la gentileza de permitirme estar aquí en este encuentro, donde realmente estoy aprendiendo mucho más de lo que pensaba traer como contribución. Me habría animado a hablarles en portugués, pero mis dos compañeros brasileños me desalentaron porque ellos optaron por hablar en portugués. Y la verdad es que aunque estaba dispuesto a correr ese riesgo, perdí el coraje con la actitud de ellos.

En mi caso voy a hablar un poco de la experiencia brasileña, si bien en un enfoque bastante diferente al que el Profesor Vargas presentó de Costa Rica, y mi idea entonces es presentar algunos aspectos políticos y coyunturales de la reforma brasileña.

Vamos a repasar a modo de introducción sólo dos o tres datos rápidos antes de entrar más a fondo en el tema. Brasil tiene casi 200 millones de habitantes. Políticamente está dividido en 26 provincias o estados más el Distrito Federal. Tiene una mortalidad infantil de alrededor de 25 por mil, pero con una distribución totalmente desigual. Por ejemplo San Pablo, que es el estado donde trabajo en la Secretaría, tiene una mortalidad infantil en torno a 13 por mil nacidos vivos. Pero la media de Brasil da en torno a 24 por mil o un poco menos, y es obvio entonces que hay una gran desigualdad.

Por las conversaciones y orientaciones que tuve antes de venir, pensé en centrarme en el proceso político, mucho antes que surgiera o se generara el Sistema Único de Salud, el SUS, y hacer un poco la revisión de la historia de cómo llegamos al mismo, para después dar algunas informaciones sobre el propio sistema.

Mucho antes del Sistema Único de Salud (SUS)

Mucho antes, a mediados del siglo XX, teníamos en Brasil una separación clara y distintiva entre la salud pública como responsabilidad del Ministerio de Salud, por ejemplo en lo referente a vacunaciones, control de endemias, etc, y la asistencia médica y hospitalaria vinculada a la seguridad social y a la previsión social. Lo que en Argentina corresponde a las obras sociales, en Brasil eran obras sociales nacionales por categoría de ocupación en el sistema productivo. Teníamos entonces por ejemplo el Instituto de Jubilaciones y Pensiones de los Trabajadores de Comercio, de los Bancos, de la Industria, etc. En realidad existían varias, pero como eran nacionales no había tantas como hay en Argentina, vale decir que no se llegaba a ese número tan grande de obras sociales que veo aquí.

En la época de la dictadura militar se unificaron estos institutos en el INAMPS, el Instituto Nacional de Asistencia Médica y Previsión Social. Y yo siempre digo que sólo un régimen de excepción, un gobierno no democrático, pudo haber tenido la facilidad de unificar todos los institutos de salud y previsión. Porque estos institutos eran absolutamente diferentes, y de hecho lo que ofrecían era absolutamente diferente también. Por ejemplo los empleados de comercio no tenían el mismo sistema, el mismo acceso y la misma calidad de servicios que los empleados bancarios. Y se dio la coyuntura de un gobierno militar que unificó y transformó todo eso en un único instituto, que fue el INAMPS. Y esto fue una condición fundamental para la creación del Sistema Único de Salud.

Entonces, en el caso brasileño hay que reconocer que pese a todas las cosas terribles que generó la dictadura, también hizo un aporte favorable a la sociedad que permitió sentar las bases de creación de ese sistema solidario y de inclusión social. Hay que destacar no obstante, que continuó esa separación entre la salud colectiva e individual, como cuestión del Ministerio de la Salud de la Nación y los estados (las provincias) y sus ministerios, sin una mayor participación de los municipios.

Por otro lado el INAMPS era financiado por los trabajadores y las empresas en base a la nómina de pago de salarios de los empleados, de modo tal que solamente atendía a los trabajadores de la economía formal y sus dependientes directos.

Entonces en esa época y con respecto a la atención a la salud, los brasileños estaban divididos en tres categorías:

- Por un lado aquellos que podían pagar. Y siempre digo que no era tan difícil pagar del propio bolsillo en esa época, porque los costos no eran tan altos. Los recursos para diagnóstico y tratamiento eran más limitados, de modo que a diferencia de lo que sucede hoy resultaba más posible pagarlos.
- Por otro lado, aquellos que tenían derecho a la previsión social, o sea a los servicios de salud ofrecidos por el INAMPS.
- Y finalmente estaban los no -contribuyentes, o sea los excluidos de cualquier derecho a la atención a la salud, que muchas veces eran atendidos como acto de caridad en instituciones religiosas.

Lo que teníamos en esa época desde el punto de vista de organización institucional eran múltiples instituciones:

- Secretarías de salud de los estados, o sea los ministerios de las provincias.

- Secretarías de los municipios, que eran poquísimas y sólo de las grandes ciudades y particularmente de las ciudades capitales.
- El Ministerio de Salud.
- Una fundación de servicios especiales de salud pública (FSESP), que tenía una actuación fundamental en las áreas más carentes del país.
- Una Superintendencia de Campañas de Salud Pública (SUCAM), que se ocupaba de las campañas de control de endemias a nivel nacional.
- El INAMPS.

Es decir que en el país no había un gestor de la salud, y había lugares donde estaban actuando todos juntos y otros en los que no había nadie cuidando de la salud de la población, y por supuesto la situación era bastante caótica.

Llegamos entonces al **SUS**, cuyos fundamentos legales eran los siguientes:

- La Constitución de 1988. Era la constitución de los comienzos del proceso de redemocratización del país, que define a la salud como derecho de todos y deber del Estado.
- La Ley Orgánica de la Salud (L.O.S. N° 8080/90) Aprobada sólo dos años después, en 1990.
- La Ley 8.142/90, que en verdad trata de la participación y del control social, definiendo los consejos y conferencias y también trata del financiamiento, aunque esta parte no funcionó luego muy bien.

Con ese conjunto de instrumentos legales se crea al Sistema Único de Salud, y digo se crea desde el punto de vista legal,

porque la construcción aún está en curso y no es un sistema que ya esté definitivamente implantado.

El Sistema Único de Salud (SUS)

El SUS se basa en los siguientes **principios**:

- **Universalidad** de acceso para toda la población del país, lo cual significa que todos tienen el mismo derecho al sistema.
- **Integralidad** de la asistencia. Esto significa que incluye todo, desde las vacunas y los cuidados prenatales hasta los trasplantes, la neurocirugía y cirugía cardíaca, o lo que fuera necesario.
- Financiamiento público.
- Participación de la comunidad.
- Descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera del gobierno, que es un aspecto característico de la reforma en Brasil.

El **proceso de implantación del SUS** se viene realizando de forma lenta, gradual y progresiva durante estos últimos veinte años, a través de grandes acuerdos celebrados en forma tripartita, o sea entre el gobierno federal, los gobiernos de los estados y los gobiernos de los municipios. Y los siguientes son los grandes acuerdos que se han celebrado hasta la fecha:

- 1993: La Norma Operacional Básica (NOB 93)
- 1996: La Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96)
- 2001 y 2002: Norma Operacional de la Asistencia Sanitaria (NOAS 01,02)

- «Pacto por la salud», que es lo más reciente, de los años 2006 y 2007 y actualmente en vigor.

Veamos ahora cómo es el **financiamiento** del SUS.

El modelo de financiamiento ha sido determinante en el proceso de implementación del SUS. Ese proceso de implantación lenta, gradual y progresiva a que hicimos referencia antes, ha tenido una influencia muy grande del modelo de financiamiento heredado de lo que fue el INAMPS, en lo que se refiere a la asignación de recursos y en la definición del modelo de compra de servicios, y durante mucho tiempo, el financiamiento fue determinado por la producción de los servicios

A mi juicio fue una elección apropiada porque era el paso de un sistema contributivo como aquel del que se partió, para la llegar a la implantación de un sistema universal, y eso comprometió la primera década de la implantación del sistema.

En cuanto a la **gestión del SUS en cada esfera de gobierno**, nosotros en Brasil hacemos una diferencia entre «gestión» y «gerencia». La gestión es del sistema, y es entonces gestión pública, en tanto que la gerencia es del servicio. La diferencia es muy importante dentro del proceso de descentralización, porque toda la red básica de atención primaria ha sido descentralizada hacia los municipios. Los hospitales y unidades especializadas fueron descentralizados en algunos casos. No hay un acuerdo aún si todos los hospitales deben ser transferidos a los municipios, pero sí lo hay respecto a que los de menor complejidad deben ser municipalizados.

La gestión del sistema es compartida por los tres niveles (federal, estados y municipios). Los gobiernos federal, estadual y municipal son responsables por la gestión y el financiamiento del SUS, de forma articulada y solidaria, pero depende de cada caso si esa gestión es más una competencia del municipio o del estado, siempre de acuerdo al nivel de avance dentro de la descentralización.

La Constitución Federal asume que la responsabilidad por la gestión y financiamiento del sistema debe ser articulada y solidaria entre las tres esferas de gobierno (Federal, estadual y municipal), aunque yo siempre digo que en la vida real esto no es tan así, pero no obstante ese es el principio político que debería orientar el proceso.

Esto se afirma en su artículo 198: Párrafo Único: *«El Sistema Único de Salud será financiado, en los términos del art. 195, con recursos del presupuesto de la seguridad social de la Nación, de los Estados, del Distrito Federal y de las Municipalidades, además de otras fuentes.»*

Pero de forma más reciente se incorporó la Enmienda Constitucional N° 29, que avanza en la definición del financiamiento, y establece que cada año el Gobierno Federal deberá gastar en salud lo mismo que gastó el año anterior corregido por el crecimiento del PBI y por la inflación. Es decir, no puede gastar menos. Los gobiernos de los estados tienen que gastar por lo menos un 12% de sus presupuestos en salud, en tanto que los municipios son obligados a destinar un mínimo del 15% de sus recursos.

En este momento la discusión gira en torno a cómo se define el gasto en salud. Es decir que todos están cumpliendo con la Enmienda, pero se discute si lo que se gasta en la salud de los jubilados debe ser contabilizado dentro de ese gasto en salud o no, y lo mismo sucede con los otros gastos.

La Atención Primaria, como dije antes, está bajo la responsabilidad de los municipios, que reciben apoyo financiero del Ministerio de Salud y del Gobierno de los Estados para el financiamiento de estas acciones y servicios en su territorio.

En cuanto a la gestión compartida del sistema, desde el punto de vista de la articulación hay tres socios en esta empresa llamada SUS, que son el Ministerio de Salud (por el gobierno

federal), y las Secretarías de Salud de los gobiernos de los estados y de los municipios. Entre ellos no hay una jerarquía, no hay una línea de mando, es decir que aquí el gobierno federal no tiene mayor poder de mando sobre los estados, ni éstos lo tienen sobre los municipios. Con esta lógica se creó una Comisión Intergestora Tripartita (CIT), que es nacional y consigue que se sienten en una misma mesa el Ministerio de Salud y las Secretarías de Salud de los estados y de los municipios. Pero a la vez, en cada estado hay una Comisión Intergestora Bipartita (CIB) integrada por los secretarios de salud del estado (que es el equivalente a los ministros provinciales de salud aquí en Argentina), y representaciones de los municipios correspondientes a ese estado.

Esas instancias deben decidir por consenso, o sea que no hay votación, sino que deben deliberar cada cuestión hasta arribar a una posición consensuada o un acuerdo posible para que haya una implementación de las políticas y decisiones.

Entonces, en síntesis, desde el punto de vista de los arreglos políticos el cuadro es el siguiente:

Estructura institucional y decisoria del SUS



Fuente: Rehem de Souza, R, 2008.-

En cada línea se ve un nivel de gestión. En la primera está la gestión nacional, en la segunda la de los estados y en la tercera la de los municipios. A su vez, en la primera columna se representan los gestores. Entonces se ven al Ministerio de Salud, a las Secretarías de Salud de los Estados y las Secretarías de Salud de los Municipios. En la segunda columna se representan estas instancias de intergestión, o sea las Comisiones Tripartita y Bipartitas. Y en la última columna se representan las instancias colegiadas, que son espacios de participación integrados en diferentes niveles. En el primero el Consejo Nacional de Salud con participación de los trabajadores de salud, usuarios y prestadores de servicios y del propio poder público, y luego esta instancia colegiada se repite a nivel de los estados y de los municipios. Desde ya que hay una gran variación en lo que respecta a los niveles de control social, y por ejemplo en los pequeños municipios el consejo es claramente manipulado por el intendente.

Veamos qué sucede en el SUS con la **participación social**.

La participación social se da por los Consejos de los tres niveles: Municipales, Estaduales y Nacional de Salud. Pero también cada cuatro años hay Conferencias de Salud a esos tres niveles. De modo que en teoría se da un proceso que sería ascendente, de manifestación de la población sobre sus deseos y satisfacciones o insatisfacciones con el sistema de salud.

Avances y desafíos: la nueva agenda

Por último tenemos la cuestión de los avances y desafíos de esta nueva agenda. Yo diría que un gran problema es revisar la cuestión de la descentralización. Se realizó un proceso de descentralización muy fuerte a favor de los municipios, fundamentalmente en las dos primeras décadas, pero más intenso en estos últimos 15 años. Pero tenemos muchos municipios pequeños que no tienen la escala suficiente para garantizar el costo y

la calidad de la atención, entonces hay necesidad de rediscutir y revisar la descentralización, y entender que no todos los municipios son iguales. Se trata de una discusión muy difícil, y recién ahora que se completó la segunda década del SUS es posible hacerlo. Hace cinco años no se podía ni hablar de este asunto, y si uno lo planteaba, lo llamaban de derecha, neoliberal y pro-consenso de Washington. Ahora ya se consigue por lo menos conversar sobre este tema de la descentralización.

Un gran desafío que tiene que ver con el anterior es la construcción de las redes, que deben ser regionalizadas y jerarquizadas porque en el auge del proceso de descentralización y municipalización se atomizó, se dispersó y se fragmentó excesivamente el sistema. Hoy hay una necesidad de reconstrucción de la perspectiva de red y de consolidar un modelo de gerencia de servicios, porque tiene que haber innovaciones sobre las formas de la administración pública directa que no se aplican a los grandes hospitales, y por eso en Brasil estamos intentando algunas experiencias de gestión descentralizada de hospitales.

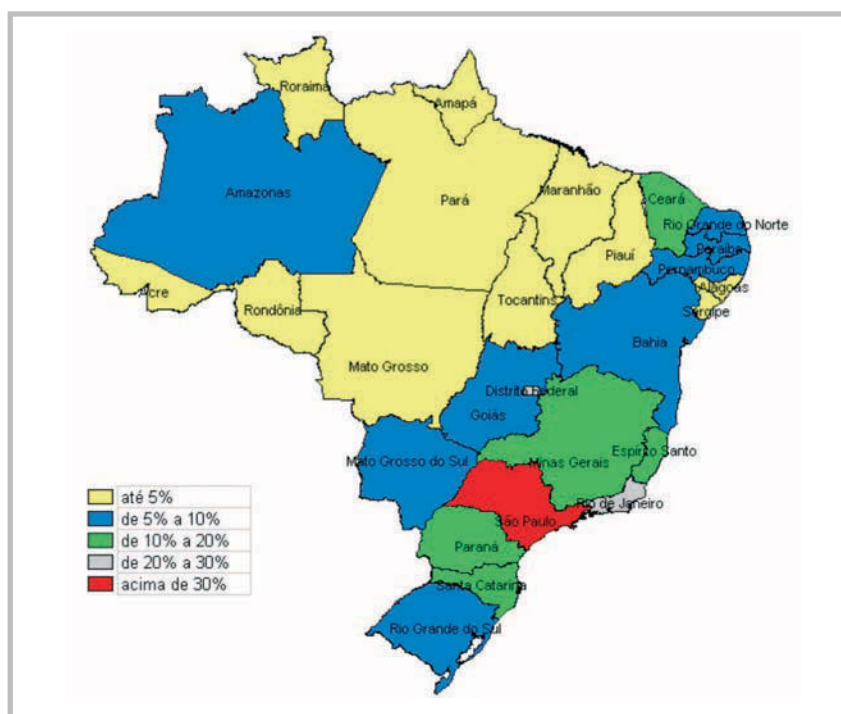
En el Estado de San Pablo en particular, hay experiencias interesantes con organizaciones de la sociedad civil, que hacen la cogestión de los servicios públicos con uso exclusivo para los beneficiarios del sistema público.

Finalmente, decimos que el sistema es único, pero no es tan único porque hay coexistencia con un sistema privado de prepagos y seguros de salud, que están distribuidos de forma muy desigual en el país, y tenemos información que muestra que el 80% de la población usa sólo el sistema público, y un 20% usa seguros privados pero también el sistema público, porque los planes de seguro privado no cubren tratamientos psiquiátricos, trasplantes, oncología y no proveen medicamentos.

Para concluir, el mapa que mostramos muestra en amarillo a los estados que tienen menos del 5% de su población con

seguros prepagos. En el otro extremo está San Pablo, el Estado más rico e industrializado y con la mayor economía formal del país, donde poco más del 30% de la población cuenta con cobertura de planes privados de seguros de salud.

Tasa de Cobertura por Planos de Salud Suplementar, por U.F.



Fuente: Rehem de Souza, R, 2008.-

Acceso a la salud en Argentina, desafíos y logros

Dr. Mario Rovere

Introducción

La verdad que mi primera sensación es que si fuera un poco más generoso con toda la gente que hoy nos acompaña, debería ceder mi tiempo para que los compañeros de Costa Rica y de Brasil nos explicaran todavía con más detalles, cómo han avanzado durante prácticamente 25 o 30 años en el caso de Brasil y casi 50 años en el de Costa Rica, en el camino hacia la construcción del derecho a la salud. No solamente en relación a los dispositivos concretos a partir de los cuales estas cosas se fueron consiguiendo, sino fundamentalmente a aquello que quizás es lo más complejo, que es cómo se fueron constituyendo los actores, las fuerzas sociales y los actores políticos que permitieron concretamente que dos países como Costa Rica y Brasil se sientan hoy considerablemente orgullosos de su sistema de salud. Pero que también y al mismo tiempo se sientan con una serie de deudas, o con esa sensación de reforma pendiente, y que de todas maneras, digamos en perspectiva, son ambos un lujo en términos de comparación con la situación argentina.

Y esto es más destacable particularmente, si consideramos que alrededor de la década del '60, Argentina podría mostrarse en una foto muy cerca de Costa Rica y podría decirse que Brasil estaba en una situación bastante más desfavorable. Entonces ese contexto nos invita de alguna manera a la reflexión sobre qué fue lo que pasó en Argentina en estos últimos 30

años, para llegar a esta situación donde en buena medida no solamente no hemos avanzado seriamente en el sentido del derecho a la salud, sino que quizás lo más complejo de todo es que además hemos retrocedido. Una circunstancia bastante curiosa porque no se da en otros países de América Latina con estas características.

Se sabe por supuesto que América Latina no es la región más pobre del planeta, pero sí la región más injusta cuando se la ve en la lógica de la distribución de los ingresos, pero digamos que a diferencia de lo que sucede en otros países, el caso argentino es muy particular por ser el único país en ese contexto que ha retrocedido. Es decir que podía perfectamente ser considerado en la década de los '60 un país bienestarista, y no obstante ha retrocedido muy significativamente hasta entremezclarse cómodamente con el promedio de América Latina. Y esto nos coloca en una situación muy extraña porque cuando nos clasifican como país, en vez de clasificarnos como un país más de América Latina, nos ubican junto con los países de la Ex URSS, porque son justamente los países que en los últimos 10, 12 ó 14 años se hallan en vías de retroceso. Y esto se da en un contexto que no analiza sólo la situación de ayer o de anteayer, sino en el que se ve lo que pasó en los últimos 14 ó 15 años en Argentina aplicando ciertos indicadores muy particulares, algunos de los cuales son interiores al sector salud y otros son exteriores pero naturalmente tienen muchísimo que ver. Y en ese sentido voy a mencionar algunos datos, pero solamente para dar un encuadre.

Acceso a la salud en Argentina

Esta Mesa hace referencia específicamente en su título al problema del acceso a la salud, y éste es un tema muy específico porque el acceso a la salud tiene mucho que ver en buena medida con la construcción de ciudadanía. Es decir que el acceso a la salud no es solamente un problema interno del sector salud, sino que define en buena medida qué grado de ciudadanía tiene cada persona, que depende no solamente de sus dere-

chos cívicos o su capacidad de votar, sino además de tener reueltas algunas cosas básicas. Y esto implica no solamente la base material de lo que recibe, sino también los contratos bajo los cuales lo recibe. No es lo mismo un salario familiar universal con criterio de ingreso ciudadano, que un «Jefe o Jefa de hogar» con criterio de subsidio transitorio en función de una situación de coyuntura o de crisis. A pesar de que ese jefe o jefa de hogar pueda tener una enorme cantidad de dinero, e incluso quizás en su volumen total más dinero que lo que le otorga Costa Rica a las asignaciones familiares. Lo que queremos señalar con esta comparación y que conceptualmente es importante, es que no es lo mismo construir derechos que generar subsidios.

Y en esta lógica me parece que es interesante mostrar por ejemplo que si uno va a Perú, digamos que Perú reconoce que alrededor de 15% de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicios salud. O si uno va a Bolivia, Bolivia reconoce que el 25% de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicios salud. Pero además y complejizando la cosa dice que no teniendo acceso al servicio de salud debe reconocerse que por el otro lado es usuario sistemático de la medicina tradicional, y eso obliga a Bolivia incluso a poner la medicina tradicional como un subsector el sistema de salud de Bolivia.

En el caso de Argentina, nosotros nos hemos quedado con una especie de discurso histórico según el cual apelamos a aquel viejo aforismo que dice que la mejor forma de no tener un problema de salud es no investigarlo. O sea, si usted no lo investiga, el problema no existe. Entonces Argentina no tiene problemas de acceso a los servicios de salud simplemente porque no lo investigamos, y con eso estamos absolutamente tranquilos, a pesar de que en cada una de nuestras presentaciones solemos decir que tenemos tal cobertura de las prepagas, tal otra cobertura en la seguridad social, y el resto lo cubre el sector público, como si el sector público fuese una especie de acordeón infinito capaz de absorber cualquier cantidad y cubrir todo el resto, algo así como la categoría «Otros», o «No sabe - no contesta».

Algo que en realidad yo ya he mencionado y lo he comparado con ustedes, y que es un dato muy importante, es que alrededor del año 1985 la Argentina tenía la misma cantidad de camas públicas que tiene hoy en día. Pero sin embargo en el año 1985 la población de Argentina que tenía cobertura de la seguridad social era de 6,5 millones de personas. Luego en el año 2003 esa cantidad de población subió a 17. 5 millones de personas sin modificar el número total de camas, con lo cual yo suelo decir un poco risueñamente que la Argentina es un ejemplo para ganarse el Premio Nobel de la administración, porque con el mismo número de camas pasamos de atender 6,5 millones a atender 17 millones. Es el caso más extraordinario de la historia del planeta sobre mejora de la eficiencia, o bien hay excluidos absolutos del acceso a los servicios de salud de la República Argentina. O hay cosas que Perú dice, cosas que Bolivia dice, y cosas que Argentina no dice.

Y aparte este fenómeno no se resuelve por las orientaciones o las ideas que hemos escuchado durante los últimos años, vinculadas con el problema de la atención primaria de la salud. Es absolutamente cierto que los países centrales, los más desarrollados o más importantes del planeta, viendo la composición del gasto de salud están haciendo un esfuerzo enorme orientado a reducir el número de camas, pero en el caso de Argentina no se trata de una gran modernización. En realidad en el caso de Argentina se trata de un abandono de persona, y la contraprueba que tenemos es que en el mismo período el sector privado casi ha duplicado el número de camas. Es decir que en esa estructura evidentemente no se trata de que la Argentina se haya ultramodernizado, y entonces tenemos internación domiciliaria, cirugía ambulatoria y cosas que reducen el uso de las camas, sino que en realidad lo que tenemos es que el problema es el cuello de botella, cosa que también se nos ha tratado de explicar que podría resolverse por la lógica de la inversión en la atención primaria.

Todos los estudios internacionales indican que la atención

primaria no reduce sino que aumenta el consumo de servicios de salud en el segundo y el tercer nivel. De tal forma que si efectivamente hemos tenido éxito en el desarrollo de la atención primaria, y es probable que así sea, esto ha creado más cuello de botella que antes, y nos ha colocado en una situación nueva que es que la atención primaria de la salud en la Argentina debería rebautizarse como «Contención primaria en la salud». Es decir que en buena medida es ese toro que hace el aguante, para decirlo en términos futboleros, que le hace el aguante a los otros niveles, justamente produciendo una especie de fenómeno de puerta de entrada: capacidad resolutive indicada sin capacidad resolutive final en relación a los problemas.

Tal vez lo que estoy diciendo suene un poco abstracto, pero lo voy a aterrizar concretamente. Por ejemplo, los intendentes del conurbano dicen *«Nosotros sabemos que estamos reteniendo indebidamente a los pacientes en hospitales de bajísima complejidad, sabiendo que lo mejor que les puede pasar es que se vayan de acá y vayan a buscar atención en otro lado, porque esa es la atención que nosotros no podemos conseguir.»* Esto está pasando hoy en Argentina, y explica entre otras cosas algunos fenómenos vinculados a la mortalidad infantil como es el caso de la muerte por bronquiolitis, que lamentablemente no se resuelve con la atención primaria, sino que se resuelve poniendo servicios de salud adecuados a disposición de los chicos, muchos de los cuales mueren en situación de eutrofia, con perfecto nivel general de nutrición, etc, simplemente por la agresividad del virus durante un pequeño período. Y allí sólo la respiración asistida durante el tiempo suficiente puede permitir que el chico recupere realmente su situación de salud. Y evidentemente eso empieza a generar para nosotros un problema extremadamente serio.

También se habló del gasto en salud, y la mención de Costa Rica fue específica en cuanto a que el gasto en salud en Costa Rica es progresivo. Porque no es que el gasto en salud en cualquier lugar del mundo sea progresivo, el gasto en salud en EE.UU.

no es nada progresivo, y el gasto en salud en la República Argentina no es progresivo. Las diferencias en el gasto en salud por sector o fragmento son tan enormes, que en realidad el gasto en salud, incluso creciendo, en la República Argentina es un gasto regresivo. Es decir que es un gasto que termina premiando más al que más tiene y sancionando más al que menos tiene. Esto se ve en infinidad de rubros, pero lo podrían verificar fácilmente incluso en el porcentaje del gasto de bolsillo en los distintos sectores sociales con respecto al rubro medicamento. Todos sabemos que en la República Argentina y en relación a los ingresos totales, son los sectores de menores ingresos los que más gastan en medicamentos, mostrando hasta qué punto en Argentina el gasto en salud no es progresivo sino todo lo contrario.

En este sentido también deberíamos ver cómo se correlaciona el problema de la organización de los sistemas de salud con lo que al mismo tiempo nos está pasando como sociedad. Es decir en qué momento nos empezamos a acostumbrar a que ésta es una sociedad que no tiene que preocuparse por el problema de la exclusión, que no tiene que preocuparse por el problema de los que se quedan afuera o que no tiene que preocuparse por el problema de la equidad. Preguntarnos por qué motivo éste es un tema central de organización de política pública en Brasil o en Costa Rica, y no lo es en la Argentina. Y no lo es no solamente como preocupación de política pública, sino que tampoco lo es como preocupación de la propia sociedad argentina, absolutamente acomodada y naturalizada a las condiciones actuales, siendo que muchos de nosotros para saber qué nos gustaría que cambiara, simplemente tenemos que recordar un poco lo que fue la República Argentina, o preguntar a nuestros padres si somos muy jóvenes.

En este sentido hay un punto que resulta importante señalar, y es que el sistema de salud de Argentina está fragmentado, terriblemente fragmentado, dramáticamente fragmentado, y no es menos cierto que ha venido acompañando la fragmenta-

ción de la propia sociedad argentina. Y entonces esto nos lleva a una preocupación fundamental, que es dónde se organiza el actor social capaz de promover el fenómeno de regresión de este modelo, porque no es un fenómeno simplemente de decisión política desde algún nivel del gobierno nacional o del gobierno provincial, sino que lleva además específicamente el problema de la composición de los actores sociales concretos capaz de generar ese movimiento.

Sería imposible imaginar el Sistema Único de Salud de Brasil sin considerar al mismo tiempo todas las estructuras participativas que parten de la Conferencia Nacional de Salud, desde la octava conferencia para acá, las estructuras participativas que van a nivel nacional, provincial y estadual y que dicen que los ciudadanos opinan en salud. Nosotros tenemos en este momento un país donde los ciudadanos no opinan nada de la salud o de la atención de la salud, sólo la padecen. Y en la Constitución, la organización del sistema de salud está dejado a la interacción de los actores propios, endogámicos del propio sector salud y que tienden específicamente, si me permiten la imagen, a pujar interesadamente adentro del Titanic, para saber quién le pega un manotazo más o quién le muerde el brazo a quién para sacarle qué pedazo... Mientras todo esto ocurre el sistema se retrae y la situación de la población evidentemente no avanza, y la unificación, la armonización y la articulación del sistema de salud se alejan en el horizonte sin que nos dé a nosotros la sensación de que se podría hacer algo, aunque sea algo al revés, para hacer funcionar esta máquina de una forma distinta. No solamente hay un problema en equidad, sino que además la máquina sigue produciendo más y más inequidad.

En consecuencia y en esta perspectiva, a mí me parece también que la Argentina, y en cierto sentido Brasil también, tienen un problema de estrangulamiento en el segundo nivel de atención. Es una cosa curiosa porque no lo tiene en el tercer nivel, de tal manera que el sistema de salud de Brasil parece más una silueta femenina con un gran primer nivel y un gran

tercer nivel pero un estrangulamiento en el segundo. Resulta que es más fácil trasplantarse que tener que solucionar una apendicitis, y en el caso de Argentina pasa exactamente lo mismo. La gente que trabaja en el primer nivel siente que no tiene nada atrás en términos de capacidad de respaldo, de capacidad de transferencia o de contención.

Me parece también que es importante señalar el problema de la previsión, algo que yo he mencionado también el año pasado alrededor de la reunión que tuvimos en Santa Fe. Hay un problema además de la propia organización nacional, y yo arranco fundamentalmente por un problema primario como es el tema del sector público de salud en Argentina. Y analizo esto porque nadie lo analiza. Al sistema de salud en la Argentina se lo analiza primero por las prepagas, después por la seguridad social, y recién después se habla del sector público.

Hay un problema en la organización del sector público de Argentina, y ese problema tiene que ver no solamente con la organización del sector salud, sino con la organización de todo el sistema político argentino. Y éste es un tema fundamental porque nosotros podríamos decir y podríamos verificar, que a lo largo de 35 ó 40 años para el caso de la Argentina, la sensación es que Argentina es un país con una puja distributiva tan salvaje que necesita una crisis cada diez años para disciplinarse. Y quiero mencionar esto porque el orden político de la Argentina se ha hecho a golpes de crisis, es decir que de golpes militares hemos pasado a golpes civiles y a golpes de mercado, pero siempre fuimos de golpe a golpe. Y así se configura una situación donde ahora hay un trabajo muy interesante de Klein, justamente donde analiza de qué manera los agentes, o de qué manera los grupos de interés aprovechan los golpes para moldear las estructuras sociales justamente cuando la población está más asustada, cuando la población está más desmovilizada. En esos contextos, en cada golpe nosotros hemos perdido porciones significativas de la distribución del ingreso en la República Argentina.

Esto nos lleva incluso a una pregunta, y es que es Brasil o Canadá son países federales al igual que Argentina, entonces no es que sea imposible armar un sistema de salud porque Argentina es un país federal, esa no es una argumentación adecuada si uno la compara en términos internacionales. Sin embargo uno debería preguntarse qué pasa en realidad con el sistema federal de la Argentina, o cómo se organiza ese sistema. Porque en realidad lo que parece ser es que lo único que hace gravable al país como un todo es la concentración de ingresos en el gobierno nacional, un invento que supo debutar en la época de Menem con toda la concentración que se genera alrededor de el Ministerio de Economía, básicamente vía Cavallo, generando un sistema por el cual todos los gobernadores iban desfilando a efectos de conseguir los recursos. Y esta estructura se vuelve ahora prácticamente un paradigma de organización.

Pero la pregunta es, ¿y si eso no ocurre?, ¿qué pasa? Hay estructuras políticas de organización, como tienen los otros países federales en el mundo, que no requieren que la transacción económica sea el único fenómeno a partir del cual el país se vuelve gobernable.

Tal vez ustedes podrían decir por qué pierdo tiempo en esto. Por una razón fundamental: la Argentina es inequitativa en el gasto público por habitante en salud, ¿cómo se explica que la Argentina tenga diferencias de hasta 20 veces el gasto público en salud entre provincia y provincia o entre municipio y municipio? Eso no puede explicarse por el problema de los actores sociales, y tampoco puede explicarse por el problema de los intereses económicos, se explica en realidad por adentro de la propia política, y este elemento es absolutamente fundamental, porque nosotros no podemos caminar hacia la equidad si no rediscutimos el problema de la redistribución de recursos, si no rediscutimos el problema de los recursos públicos, y si no abrimos un debate serio sobre hacia dónde va el sistema de salud en la Argentina.

Reflexiones finales

Yo quiero decir que de alguna manera uno está tomando señales nuevas. Quiero abrir necesariamente un compás de expectativa, un compás de esperanzas alrededor de algunas definiciones que me parecen extremadamente importantes, como poder hablar de un **sistema nacional de salud**, poder hablar de un **sistema único de salud** en la provincia de Santa Fe, poder discutir una forma distinta de organización, o poder plantearse metas concretas de bajar la mortalidad infantil en estándares que países como Costa Rica hace rato que han encontrado como elemento o como indicador. Bajar de 10 por 1000 la mortalidad infantil en este momento en el planeta no es algo imposible, digamos que no es algo descomunal, y sí es algo que en la Argentina por su nivel de ingreso debió haber ya sucedido hace más de diez años.

En consecuencia me parece que hay posibilidades de moverse específicamente hacia otra lógica. Es muy probable, existen indicios, existen señales de que la Argentina pueda llegar a abrir finalmente un debate en el tema de salud, como el que en su momento llegó a abrir en el tema de educación. El tema es si la Argentina abre un gran debate para repensar la salud, dónde nos va a encontrar.

Preguntas y Comentarios

Coordinador: Bueno, veamos si alguien se anima a hacer una pregunta después de estas tres presentaciones, que creo que han hecho honor al día que se está festejando en la Argentina, que es el Día del Maestro. Porque la verdad no necesariamente tiene que estar personalizado en alguien, sino en las directrices y los paradigmas que se trabajan, como por ejemplo lo que estamos trabajando del tema salud y medicamentos. Veamos entonces si se puede incursionar en cualquiera de las experiencias de los tres países a partir de inquietudes o planteos a nuestros expositores.

- **Audiencia:** *Mi pregunta está dirigida a Juan Rafael Vargas de Costa Rica. En este avance que ustedes han tenido durante tantos años, al igual que los panelistas de Brasil, algo que me preocupa porque conozco a su país es en este avance tan importante de la salud, qué injerencia va a tener una reciente incorporación al ALCA de su país en referencia a otros países como los de la Región integrados al MERCOSUR.*

Dr. J. R. Vargas : Con respecto al MERCOSUR no tengo una lectura muy directa. El ALCA es parte de una realidad, y a lo que se refiere usted interpreto que es al Tratado de Libre Comercio de República Dominicana y Centroamérica con Estados Unidos, que para nosotros es parte de un proceso y que ustedes tienen al otro lado de la cordillera al maestro nuestro en algún sentido, en el sentido de los convenios. Porque nosotros en estos momentos estamos negociando con Europa para tener otra vez los centroamericanos con los 27 países de la Unión Europea

un Tratado de Libre Comercio, y se está hablando también de un tratado con la República Popular China, con la cual cumplimos un año de tener relaciones diplomáticas. Pero el asunto empieza en el siglo XIX, cuando ese país tan pobre, pero pobre de verdad como es Bolivia, era un país rico, tanto como Costa Rica era un país ultrapobre, y en cómo se empezó a salir de eso. Se construyó con carretas una manera de sacar el café que se sembraba en el centro del país, porque este grano tiene que ser sembrado en zonas relativamente altas y las montañas están en el centro de nuestro país, y luego había que sacarlo hasta el puerto del Pacífico vía Chile y eventualmente llevar el café a Inglaterra. Y ese proceso nos abrió un primer camino, eventualmente alguna gente compró casimires ingleses que supongo que serían muy incómodos en Costa Rica que es un país del trópico, pero alguno de los hijos de los cafetaleros más exitosos fueron a estudiar medicina y otras cosas a Inglaterra, y también fueron a hacerlo a Chile. De manera que nosotros esa idea no es que la aprendimos de los fenicios porque no tenemos esa vocación, somos un país tropical pequeñito, pero sabemos que la única manera que nos podemos mover hacia mejores estadios es a través de comerciar nuestro café o nuestro banano, o ahora nuestros servicios de hacerle la contabilidad a Hewlett Packard o a alguna otra multinacional, a poner a nuestros chicos a hablar inglés y a contestar en estos sitios. Y entonces ésta es la manera de ir construyendo un mejor futuro, porque nosotros no tenemos petróleo ni tenemos grandes recursos, y esto nos llevó incluso a inventar que es un país que vale la pena visitarlo, porque eso era lo que teníamos. Ahora lo que no sé es que tiene que ver esto con MERCOSUR.

- **C.Vassallo:** *Buena felicitaciones a los tres porque la verdad que la Mesa ha sido verdaderamente magistral, y un interesante recorrido por los tres países, viendo las rupturas y las cuestiones pendientes que tiene cada uno en el diferente nivel de desarrollo que han alcanzado, donde lo institucional juega un rol también muy*

importante. Quería preguntar a la Mesa un tema quizás algo instrumental, pero que Mario Rovere planteó en algún momento y que tiene que ver con cómo se produce la articulación entre el primer y el segundo nivel, sobre todo en un país como Brasil en donde el primer nivel depende del municipio y el segundo nivel depende de la provincia. Entender cómo logra el sistema que haya una continuidad en la atención de ese paciente, sobre todo porque las experiencias de fragmentación en la Argentina en ese sentido han sido muy nefastas, tanto a nivel país como en aquellas provincias argentinas donde la atención primaria se ha descentralizado del municipio, y tienen un enfrentamiento muy importante con el estado provincial que es el que tiene el segundo nivel de atención. Allí no hay un recorrido que permita que la persona se sienta parte de un verdadero sistema; entiendo que el tripartito y el bipartito son instancias de coordinación, pero me gustaría explorar un poco más si hay otras instancias de coordinación más profunda en el sistema en ese sentido. Y lo mismo respecto a la experiencia de Costa Rica.

Dr. M. Rovere: Luego de haber escuchado dos experiencias que seguramente habrán vinculado, como el caso de Brasil y de Costa Rica, uno tiene la sensación que cuando escucha a funcionarios de Brasil, y ayer estuvimos en contacto con el Secretario de Ciencia y Tecnología del Ministerio de Salud, lo habitual es verlos usar una palabra con absoluta fluidez, y es la palabra actuación. El político brasileño habla de actuación, pero el político argentino no habla de actuación sino que habla de confrontación. Es decir que en cada nivel o cada instancia, actuar es una función básica dentro del Estado, sea de un ministerio con otros, o del gobierno federal con los municipios. Pensar que el Gobierno Federal de Brasil pueda definir una pauta en relación al tema del mínimo que un municipio debe invertir en

salud para ser parte del Sistema Único de Salud, es algo impensable en la Argentina. Y entonces vemos el fenómeno, los dos casos con un sistema considerablemente unificado, en el caso de Brasil con el Ministerio de Salud y la seguridad social, y en el caso de Costa Rica del seguro social con el Ministerio de Salud en términos de servicios. Pero a partir de esa unidad, la relación con los municipios es una relación totalmente pautada bajo reglas.

Nosotros tenemos un sistema de municipalización por *default*, simplemente como nadie se ocupa, el municipio debe ocuparse. Y a partir de allí después quién va a ir a pedirle al municipio que haga lo que quiere la política nacional o la política provincial. Y agreguemos que en muchos casos ni siquiera hay definición constitucional de por qué un municipio debería ocuparse de la salud. Tomemos el caso de la misma provincia de Buenos Aires, que tiene más hospitales municipales que provinciales, y sin embargo la Constitución de la provincia no dice por qué esto debería ser así, y lo hacen los municipios. Entonces uno podría decir como dicen los chicos, «Y, *los municipios lo hacen de onda...*» Lo cual es lo mismo que decir que si quieren lo hacen y si no les gusta no lo hacen... y claramente esto no es un sistema de salud, salvo para la foto. Lo digo en una comparación que puede parecer graciosa, pero remarco que es un tema que hay que tomar seriamente, porque no podemos seguir haciendo papelones internacionales ni papelones frente a la propia ciudadanía argentina, con este tipo de formas de tomar decisiones en el sector salud.



MESA N° 6

Claves para una Estrategia de Atención Primaria

Coordinadora: Farm. Catalina Girardi

Creo que el tema de la Mesa habla por sí mismo de su importancia e interés para todos nosotros. Fundamentalmente quería, a título personal y como Secretaria de Salud y Acción Social de la Municipalidad de San Nicolás, resaltar la posibilidad que nos dan en estas Jornadas, y felicitar a FEFARA y a los organizadores de este evento, pedirles que continúen con este espacio, porque nos permiten a todos los sectores hablar y discutir sobre políticas de salud y políticas del medicamento. Y pienso que esa es la única manera de ponernos de acuerdo y de empezar a pensar estrategias. En nuestro caso son estrategias de atención primaria, pero estrategias en común donde estemos todos involucrados, porque la salud pública, que desde ya no es la salud de los pobres, implica un permanente desafío para generar ideas y estrategias. La atención primaria sigue siendo algo que tenemos que discutir con el objetivo de integrarnos luego todos los que intervenimos en ella en esquemas efectivos.

Antes de de dar comienzo formal a la Mesa, quiero contar que ha llegado hasta nuestra mesa de trabajo una nota de la

Asociación Médica de Rosario expresando su adhesión a estas Jornadas y deseándonos amablemente los mejores augurios para lo que descuentan que será un absoluto éxito, como ya ha sido demostrado por las Jornadas precedentes de años anteriores. La firma el Dr. Dardo Dorato, Secretario General de la Asociación Médica de Rosario.

En esta primera Mesa del día de hoy, que se va a desarrollar bajo el título «*Claves para una estrategia de atención primaria*»; son disertantes la Dra. Débora Ferrandini, el Dr. Francisco Leone y el doctor Adolfo Sánchez de León, a quienes presentaremos brevemente.

La Dra. Débora Mónica Ferrandini es médica, egresada de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, Master of Arts in Health Management, Planning and Policy por el Nuffield Institute for Health Studies. Universidad de Leeds, Reino Unido. (Becaria de OPS/OMS), Especialista en Medicina General y Familiar, título otorgado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario y docente de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Actualmente se desempeña como Secretaria de Salud de la provincia de Santa Fe.

El Dr. Francisco Leone es médico ha egresado de la Universidad de Buenos Aires, es Diplomado en Salud Pública con título otorgado por la misma Universidad, y actualmente es el responsable del Plan Remediar del Ministerio de Salud de la Nación.

El Dr. Adolfo Sánchez de León es médico, Especialista y Master en Salud Pública y Director de la revista Gestión en salud, desempeñándose actualmente como Subsecretario de Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación.

Atención Primaria de la Salud

Estrategias, Desafíos y Directrices Conceptuales

Dra. Débora Mónica Ferrandini

Introducción

Muchas gracias por la invitación y la oportunidad de compartir algunos pensamientos sobre un tema que nos ha convocado en buena parte de nuestra historia personal, y fundamentalmente colectiva. Desde lo colectivo, en el marco de diversos emprendimientos en el terreno de la construcción de la salud pública que fui recorriendo, tanto desde la gestión en la ciudad de Rosario como en este momento en el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Y en torno a esto me gustaría compartir en principio una sensación que me provoca la sola expresión «*Estrategia de Atención Primaria*», porque este término ha sido escuchado y repetido a lo largo de 30 años para convocar sobre cuestiones tan diferentes, a la vez que ha servido para innumerables discursos como legitimador de posiciones más que polares, que de alguna manera me provoca a desafiarlo y descolgarlo de la estampita o del Billiken. Y desde esta posición me interesa plantear que he llegado a una convicción, y es que el término Atención Primaria no puede decir cosas que no estén construidas y sostenidas culturalmente por grupos sociales, por actores en la escena política de cada sociedad, y concebidos como tales. Y que esto

probablemente sea lo que explique que Atención Primaria signifique cosas tan distintas, y sea interpretado de manera tan diferente en cada sociedad.

Entonces tal vez me interese hoy más hablar de estas nociones sostenidas por los actores sociales, por los colectivos sociales que las sustentan, que de la estrategia de atención primaria. Como un ejemplo de esto, puedo decir que me ha resultado siempre muy divertido interpelar a distintos auditorios, sean formales o grupos de asados, con la noción de que la prevención es algo sumamente caro, y que de ninguna manera puede considerarse una inversión, sino que definitivamente es un gasto. Y en esas ocasiones la gente suele escandalizarse rotundamente cuando yo tiro una provocación como ésta, e incluso enojarse, porque cómo vamos a decir que prevenir sea peor que curar. Y eso a mí me lleva a decir que el hecho de que sea un gasto, o de que sea más caro, no necesariamente significa que sea algo peor, porque sencillamente evitar que la gente sufra o muera es bueno en sí mismo. Y es bueno simplemente porque es mejor estar sano y vivo que enfermo o muerto. Sencillamente por eso, y si esto implica un gasto, pues lo implica.

Cuento repetidamente esta observación porque me parece que hay un proceso histórico que nos ha llevado a naturalizar que la salud, o determinados aspectos de las prácticas asistenciales o preventivas, deben ser valiosas en términos económicos, e incluso hasta en términos financieros, para que sean consideradas valorables o sustentables. Y me parece que esta noción culturalmente instalada en nuestra sociedad, es una expresión de la negación de la salud como derecho, y de la negación de la dignidad de la vida humana en sí misma y por el sólo hecho de ser humanos, y que esto de alguna manera está dando cuenta del valor que las prácticas en defensa de la vida pueden estar teniendo en la sociedad, y que probablemente también explica muchos de los mitos construidos en función de domesticar este concepto, en algún momento tan potente, de la estrategia de Atención Primaria.

Concepto de Atención Primaria. Mitos y Barreras

¿A qué me refiero con esta domesticación del concepto de atención primaria? Fundamentalmente creo que cuando se habla de estrategia de atención primaria de la salud, hay un primer mito que la vincula y que construye un tabique para esta noción, ya que la pone del lado de aquellos que sean o no indigentes, no tienen posibilidad de pagar la atención de la salud por sí mismos o a través de un sistema de seguridad social. Y por lo tanto la estrategia de atención primaria de la salud pasa a ser algo al que hace recurso el sector público. Una primera cuestión que creo se sustenta en esta pérdida de la noción del derecho de la salud como una construcción de ciudadanía y esta concepción de universalidad de la noción del derecho. Y que también se sustenta en cierta quimera que pueda hacernos pensar que existe una cosa tal como el «bien privado de salud», como que en una sociedad pudiera haber un grupo que cuida su salud y otro que no, como si la salud no fuera una construcción única que se logra en un colectivo, o sino no se logra. Y da cuenta de este hecho una observación bastante objetivable, y es que en el mundo los mejores indicadores de salud los han logrado las sociedades más equitativas.

Con la cuestión anterior he explicado lo que entiendo que es una **primera barrera que construye domesticación de este concepto de la atención primaria**. Pero creo que hay otra **segunda barrera bastante más potente, y es la que plantea que la atención primaria como estrategia es un tema de los países pobres, o bien dentro de ellos de los sectores pobres**.

Una **tercera barrera** construida en relación con este concepto, **es la que considera que la atención primaria de la salud es una cuestión de niveles de atención**. Y en esta pasión por descolgar el concepto de una mera estampita o del Billiken, me interesa mucho cuestionar esta noción de niveles, que me parece que en este momento está operando mucho más

como un obstáculo que como un facilitador en la construcción de una estrategia que nos permita situar las prácticas, la política y la gestión en el terreno del derecho.

Y en este caso hablo de niveles, de paquetes básicos o de prestaciones mínimas, cosas que de alguna manera dan la idea de la posibilidad de la construcción de salud en un doble estándar, algo así como que hubiera la posibilidad de construir salud en un determinado nivel y para determinadas cosas. Y entonces según este esquema accedo hasta este piso y hasta este otro no. En función de esto y a mi modo de ver, se ha construido mucha mitología y mucho folklore inoperante en relación a discusiones sobre falsos niveles, o en relación a la inversión en el primer nivel versus la inversión en el intensivismo. Creo que la criticidad de algunos recursos tecnológicos como las salas de neonatología en nuestro país, es tan lesivo en este momento para una estrategia de atención primaria como la falta de enfermeros en la comunidad. De alguna forma estos falsos dilemas han distraído la atención de centrar las prácticas, la política, la planificación y la gestión en la noción de derecho, y esto se ha hecho a cuenta de este discurso de la atención primaria de la salud.

Directrices para enmarcar estrategias de atención primaria de la salud

Vale pensar entonces **en qué directrices en este momento podríamos enmarcar o pensar una estrategia que destruya estos obstáculos**. En ocasión de iniciar una gestión de gobierno ésta fue una pregunta que nos desveló un buen número de noches a varios de nosotros. Y creo que de alguna manera hemos encontrado un resumen del enunciado de estas directrices, que está desafiando en este momento nuestra práctica en distintos espacios de gestión y en distintos espacios de práctica asistencial concreta y cotidiana, y que yo podría resumir en **tres ejes de cambio de direccionalidad**. Y estos tres ejes curiosamente cuando los enuncio me reencuentran con mucho

de lo que entendí como principios fundantes de la estrategia de ALMA ATA, que seguramente están en la esencia de las prácticas previas a esta declaración del '78 y que fundaron la posibilidad de decir que el camino para lograr una salud para todos se encamina en ese sentido.

En principio creo que un concepto fundante de estas directrices tiene que ver con la **equidad**, entendida como una práctica que se construye en el reconocimiento de la desigualdad en términos de diversidad existente de oportunidades, y la noción de Estado como un Estado de que desarrolle prácticas proactivas y que reconociendo la desigualdad trabaje para que los resultados sean iguales. O sea, reconociendo la desigualdad del contexto social económico y cultural en que viven los grupos humanos, qué prácticas debe desarrollar el Estado para que tengan las mismas oportunidades de vivir y de disfrutar de la vida. En este sentido, para nosotros se convierte en un indicador fundamental en la gestión del gobierno provincial medir la utilización de los servicios de salud en función de las condiciones de vida, o sea en función de la necesidad. Pero no sólo medir la utilización de servicios de salud, sino medir también los resultados que se logran en función de las necesidades iniciales, y esto desafía a un desarrollo muy artesanal de las prácticas de todos los servicios de salud para que se garanticen no sólo el acceso, sino fundamentalmente la utilización y la calidad de lo que se produce.

De modo que se va desafiando a un desplazamiento de las prácticas y de la tecnología utilizada, de un deber ser estereotipado en función del promedio a un deber ser que se crea en función de cada necesidad, y que por tanto es absolutamente diverso y permanentemente se diseña en función de la participación de aquellos derechohabientes que van a utilizar el servicio, y no sólo de esa participación sino fundamentalmente de la participación de los trabajadores en ese diseño. Y esto configura entonces una **segunda directriz** de transformación de las prácticas, que tiene que ver con el protagonismo de los ciudadanos y

de los trabajadores de salud en tanto tales, en el diseño de lo que hay que hacer en función de los problemas.

Esto es una revolución copernicana en los servicios de salud, constituidos por burocracias profesionales o por burocracias formales instituidas, que han hecho un culto de la norma, del protocolo o del consenso, con muy poca práctica de interrogación acerca de los actores que la construyen, poniendo en cambio un centro en esta interrogación por el sujeto. A la pregunta más extendida en el Ministerio de Salud de Santa Fe, que es *¿qué me corresponde hacer?*, uno le propone la pregunta de *¿Qué puedes hacer en relación, y qué quieres hacer?* A la expresión de «*Las cosas siempre se hicieron así*», uno trata de instalar la pregunta *¿Por qué?*, y *¿Quién lo dijo?*, y *¿Quién puede decir algo nuevo ahora?* Y esta construcción de sujetos está entonces construyendo o intentando construir un vector en términos de una cultura del protagonismo, de la autonomía, y fundamentalmente de la responsabilidad en relación con las prácticas.

Ahora, ninguno de estos dos ejes tiene sentido sino construimos que todo el accionar en salud desde la política a la clínica, que no es otra cosa que un continuo, tenga que ver con una resolución de los problemas de salud que se haga siempre respetando la autonomía de los sujetos implicados, su dignidad y su diversidad. Y éste es el **tercer eje** y en el que creo se sustenta una práctica transformadora en atención primaria de la salud.

Este tercer eje tiene un como un asiento fundamental, y es que la resolución de problemas no se logra sin la tecnología apropiada. Volvemos a aquel viejo concepto de pensar entonces qué es la tecnología apropiada, y estoy convencida de que la tecnología apropiada es aquella de la que los trabajadores y la gente que la utiliza pueden apropiarse, construyendo una soberanía sobre esa apropiación y dando cuenta de su utilidad, a la vez que desestimando absolutamente aquello que no es necesario, pero desestimándolo para todos. En algún momento, reflexionando en torno a este concepto en distintos grupos, llega-

mos a plantear que trabajar con tecnología apropiada en la resolución de problemas de salud respetando la dignidad de los sujetos, es trabajar para que la tecnología que es útil esté disponible para todos y la que no lo es no esté disponible para nadie. Y en esto me parece que hay un enorme desafío a esta cultura del doble estándar, de lo público y de lo privado, del paquete básico de servicios y de considerar un primer, segundo o tercer nivel como distintos escalones. Tecnología apropiada significa desestimar todas esas barreras para la producción del pensamiento, y pensar que la tecnología apropiada es lo que se necesita para resolver un problema. Y en definitiva, que toda aquella tecnología elaborada por fuera de este principio ético es una tecnología que conspira contra aquella que sí resuelve problemas, y por lo tanto es tan importante construir una tecnología apropiada a la resolución de problemas como eliminar aquella que no lo es. Y en este caso, eliminarla quiere decir eliminarla en la valoración cultural de esta tecnología en cualquier sector de la sociedad.

Cuando hablo de tecnología no estoy hablando exclusivamente aunque sí lo incluyo, de medicamentos o de tecnología dura, sino de prácticas, de saberes, de modos de hacer, muchas veces de profesiones y de roles que están contruidos, y que constituyen el universo de las prácticas de salud mucho más en función de intereses del sector, que en función de la construcción colectiva del derecho.

Reflexiones finales

Me he limitado a hacer un enunciado de directrices, ni siquiera de metas, ni de objetivos, ni de lugares a donde quiera llegar. Sencillamente éstas son direcciones del camino, que creo que en realidad es lo único que existe, porque el paso que se da cotidianamente es lo que verdaderamente existe, el lugar a llegar no es necesariamente lo que de alguna manera implique la dirección del camino.

Es más, cuando pienso muchas veces en este fracaso tan paradójico de la expresión «Salud *para todos en el año 2000*», muchas veces pienso que haber fijado que la cosa era en el 2000, quitó la mirada de lo que era hoy. Entonces no estamos hablando del futuro, o del fin de una gestión, ni de la meta del milenio, ni del milenio que viene, estamos hablando de en qué sentido encaminamos nuestra práctica cotidiana y construimos para esto otra ética y otra valoración. En este sentido y quizá a partir de la provocación, me atrevo a plantear lo enorme de estas directrices sin esperar que me mediquen con algún antipsicótico por estar hablando de cuestiones delirantes, porque creo que lo que marcan es precisamente para dónde va el paso que damos cada día.

Programa de Fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud

Dr. Francisco Leone

Introducción

Es interesante que me toque seguir a mí, porque yo iba a bajar netamente a tierra, y recién Débora Ferrandini nos puso en un dilema interesante, ya que en realidad estamos trabajando en un programa donde se utiliza esta terminología que tan bien ha delimitado ella, y porque me parece que hay como una necesidad de instalar esta terminología, y el asunto es qué pasa después de la instalación de la misma. Porque en definitiva esto también es lo que discutimos durante muchísimo tiempo, o sea qué significaba esta cuestión de la estrategia de la atención primaria. Todos la repetíamos, figuraba en una enorme cantidad de documentos, todos trabajamos detrás de programas que usaban esta terminología, pero en definitiva no terminábamos de entenderla. Así, hace muchos años cuando leía el trabajo de Mario Testa en *Pensar en salud*, que hablaba de atención primaria o primitiva, y nos instaba a empezar a discutir esto de ver si estamos discutiendo niveles o estamos discutiendo derechos, o estamos discutiendo necesidades, siento que todavía es un dilema que no hemos terminado de analizar.

Pero de cualquier manera me parece interesante la provocación, porque por lo menos a los que estamos trabajando en programas que están instalados en esa lógica, nos da esta posi-

bilidad de repensar lo que venimos haciendo. Por eso un poco mi idea de la charla de hoy era a partir de un programa que está fuertemente instalado como es el programa REMEDIAR, y quería reflexionar sobre alguno de estos temas a partir de lo que ha sido la práctica durante estos seis años del programa, y hacia dónde un equipo o una gestión de gobierno pretende llegar en el marco de una nueva propuesta.

Mi idea era plantear el nuevo programa donde estamos trabajando en este momento, que es sobre el Fortalecimiento de la Estrategia de en la Atención Primaria de la Salud (FEAPS), como continuidad de lo que fue el programa PROAPS, que terminó siendo el programa REMEDIAR. Es interesante ver por qué un programa de atención primaria de la salud se transformó en un programa que distribuía medicamentos, y saber si realmente el programa que distribuía medicamentos tenía o no tenía que ver con esa cuestión de la estrategia de la atención primaria de la salud.

La propuesta pasa entonces por analizar las siguientes cuestiones:

¿Qué pasó en estos seis años en el programa PROAPS - REMEDIAR?

¿Cuáles fueron sus fortalezas y debilidades?

¿Cómo fue la transición?

¿Cómo es ahora el FEAPS?

Este es un análisis que hacemos en el marco de los que venimos participando pero que está abierto al análisis de todos, e implica ver cómo plantearnos en esta transición que estamos trabajando si la nueva orientación que pretendemos darle es útil, y ver que también si es como se pretende que sea, una construcción más colectiva, no una construcción tan central como la que llevó adelante esta primera etapa de la propuesta.

Los primeros 6 años del Programa

Y en realidad dentro de estos seis años, el primer punto interesante es ver cómo empezó la propuesta de este programa, si bien ésta era una propuesta que venía trabajándose dentro de un esquema de lo que era la medicina comunitaria y la atención primaria, dentro del marco del Programa de la Reforma de la Atención Primaria de la Salud (PROAPS). En la crisis del 2000 aparece una necesidad dentro de las cuestiones concretas de la crisis del 2001, relativa a que el medicamento era un elemento de distribución importante, y entonces se reorientan los proyectos hacia la posibilidad de distribuir a través de un programa que distribuya los medicamentos en los centros de atención primaria. Y allí nace REMEDIAR, o sea nace un programa en plena crisis distribuyendo un insumo que se consideraba que era un insumo básico, y que era inaccesible en el marco de la crisis a los sectores sociales más carenciados, o sea los sectores que no podían acceder al medicamento a través de su bolsillo. Y naturalmente esto giraba en torno a toda la discusión de si el medicamento era un bien comercial o un bien social.

El programa empieza a funcionar, y realmente a seis años del programa con todas las críticas se le puedan hacer, me parece que realmente en este desarrollo se dejaron instaladas algunas cuestiones que son tesoros interesantes para ir analizando. Pero lo que a mí sobre todo me parece importante es que en estos seis años, cuando uno lo visualiza de acá para atrás, o sea más allá de todo lo que uno ha podido discutir en su desarrollo, es que dejó instalada una estructura de gestión realmente interesante y llamativa. Y con esto me refiero puntualmente que luego de estos seis años, hoy el Ministerio de Salud cuenta con una estructura de gestión para la temática del medicamento que es como para tener en cuenta. Y esa es una de las fortalezas que ha dejado este programa, como después veremos más en detalle.

Aunque la idea no es traer números a la discusión, veamos algo de esto desde los números:

- Entre el inicio del programa y fines de julio de 2008, Remediar distribuyó efectivamente más de 793.9 mil botiquines. Esto supone...
 - ✓ **184.3 millones** de tratamientos.-
 - ✓ **267.5 millones** de pesos (costo de adquisición).-
 - ✓ Más de **2,862 millones** de pesos (precio de mercado).-
- Los tratamientos provistos fueron utilizados por **14 millones de personas**, que se atienden en los más de 6.6 mil efectores bajo programa en todo el país. O sea que se pudo armar **una red de 6600 CAPS**, a los cuales se gira una comunicación permanente y constante.

Fortalezas y Debilidades

Fortalezas

Por supuesto que el tema da para un nivel de análisis y estadísticas que pueden extenderse y profundizarse mucho más, pero trataremos de ver fundamentalmente lo que nos parecieron que son las fortalezas centrales en este tipo de cuestión.

FORTALEZAS
✓ Más de 14 millones de beneficiarios
✓ Eficiente mecanismo redistributivo
✓ Mejora de la accesibilidad
✓ Distribución descentralizada
✓ Conformación de una red de más de 6000 CAPS
✓ Generación de tecnología de logística y distribución para el MSAL
✓ Promoción la participación comunitaria
✓ Capacitación de profesionales del 1º Nivel

Uno de los elementos más destacables es el hecho de haberse podido **conformar una red de centros de atención primaria**. Yo con esto no quiero decir que atención primaria o primer nivel sea sólo CAPS, en eso estoy de acuerdo con Débora Ferrandini en cuanto a que hay que rediscutir estas cuestiones de los niveles, e inclusive de la propia conceptualización de la APS. Pero sí me parece importante dentro de lo que es el concepto de red, es la posibilidad que 6000 centros que funcionaban sobre todo como una entrada al sistema, convengamos que para los sectores más carenciados porque esto también es cierto, a través de esta modalidad de entrega de botiquines en forma mensual, hoy nos den a nosotros la posibilidad de tener un intercambio y un flujo de información permanente. Esto no sé si es bueno o es malo, pero sí es una realidad la posibilidad de tener comunicación permanente con 6000 centros en todo el país.

Y a mí me parece que esto es una fortaleza, ya que hoy nosotros podemos llegar con distinto tipo de información, una vez por mes, a través de un botiquín a 6000 centros de atención primaria.

La otra cuestión es que **tenemos un padrón nacional de sectores**, que son los sectores que en general no tienen cobertura en la Argentina. Porque cuando uno habla de padrones generales se tiende a pensar en los padrones de los que tienen cobertura, o sea sectores que son un número o tienen una alternativa dentro del Estado. En este caso nosotros a través de nuestra base de datos tenemos un padrón de beneficiados, o sea podemos saber que **14 millones de argentinos** en algún momento pasaron por el programa, y además sabemos por dónde pasaron y para qué pasaron. Y está información me parece que es una formación interesante y útil, que está a disposición para ser utilizada. Hoy la información está, y uno se da cuenta cuando está de la utilidad que tiene esta información.

Otra cuestión es si realmente entregar un medicamento es o no un mecanismo redistributivo. Si uno lo analiza es cierto que

los medicamentos que entregó el programa llegaron a los sectores sociales que muy difícilmente podían acceder al medicamento, o bien que anteriormente accedieron al medicamento y que acceder al mismo significaba una cuota parte importante de sus ingresos, vale decir mucho más importante que la de otros sectores de mayores ingresos. Y bajo esta consideración, sí nos parece que es un programa que se comportó como un **eficiente instrumento redistributivo**.

En cuanto a si mejora o no la accesibilidad, nosotros creemos que **mejoró la accesibilidad**. No es que lo decimos y creemos que con ello nos podemos quedar tranquilos, yo creo que sigue habiendo muchísimos problemas de accesibilidad de atención, y también estamos viendo que no sólo hay problemas de accesibilidad, sino que respecto a los que pudieron acceder, que no son todos, también hay problemas para darle continuidad de atención, o sea para poder hacer seguimiento. Y esto implica en muchos casos patologías crónicas que no podemos seguir o en las cuales hay dificultades para poder darle seguimiento en la atención, y me parece que eso también forma parte del análisis de la organización.

Otro tema que surge es la **distribución descentralizada de los botiquines**. Es la primera vez que un programa distribuye directamente en los centros de atención primaria. Esto dio lugar a enormes debates, hubo realmente no sólo debates sino incluso algunos insultos para los que coordinaban este programa en el principio, porque la verdad que era como una intromisión de la Nación en la provincia, distribuyendo directamente un insumo sin pasar por el eje central que era la provincia. Esto en realidad da para el debate, pero no para el insulto. Pero me parece interesante porque a cinco años vista del programa, uno lo ve como una fortaleza a esto porque uno sabe que realmente el insumo llegó; cuando uno compara este programa con otros programas centralizados de la Nación, con insumos entregados en forma centralizada, uno ve claramente el programa REMEDIAR ha sido mucho más efectivo por lo menos en ese aspecto,

uno tiene la certeza de que el insumo llegó al lugar donde debía utilizarse. Estas son las razones por las que a esto de la distribución centralizada lo analizamos como una fortaleza.

Hay otra cuestión que tiene que ver con la **generación de tecnología de logística y distribución para el Ministerio de Salud**. Esto sí me parece una enorme fortaleza y probablemente sea de uno de los temas de los que menos se hable. Hoy el Ministerio de Salud de la Nación tiene un equipo técnico que lleva cinco años de trabajo, y es el recurso humano que se formó durante este tiempo en el REMEDIAR y que pienso que es invaluable. Sinceramente creo que uno de los grandes valores que tiene el REMEDIAR, es la gente que trabaja en el REMEDIAR, y esto no lo digo porque estoy en este momento a cargo del programa o por una cuestión demagógica, sino porque creo realmente que es un equipo de altísimo nivel técnico y que sería una pena como muchas veces ha pasado con el Estado, que el mismo Estado desaproveche a este equipo técnico, que hoy está capacitado para poder hacer una distribución logística de cualquier insumo en todo el país. Y esto no abunda, y lo digo con conocimiento de causa porque nosotros lo sufrimos, porque cuando tuvimos que contratar un operador logístico tuvimos que pagar dos meses de entrega porque tuvimos trabajo para poder conseguir operadores logísticos. Nosotros tenemos hoy en el Estado Nacional un equipo técnico de primer nivel que puede generar una logística, faltaría muy poco para poder autoabastecernos en logística, muy poco.

Respecto al tema de la participación, creo que de alguna manera el programa generó la **promoción de la participación comunitaria**, quizá no toda la que nos hubiese gustado, pero la generó. Y también generó algunas alternativas de control descentralizadas que creo que pueden llegar a ser discutibles, pero por lo menos hubo un intento de generarlas, y me parece que desde ese punto de vista es una fortaleza.

Y finalmente el programa generó **capacitación de profe-**

sionales del primer nivel, como por ejemplo sobre uso racional de medicamentos o médicos comunitarios, ambas dos cuestiones serias. Desde mi punto de vista probablemente esto es una fortaleza, por ejemplo cuando uno analiza el curso de Uso Racional del Medicamento, puede verse que hay cerca de 6000 egresados de los cursos, y esto instala la temática del Uso Racional y me parece realmente que es un claro avance. Esto además se promovió a través de las universidades de todo el país, lo cual me parece que es otro de los elementos interesantes, y lo mismo pasa con Médicos Comunitarios. Entonces uno puede hacerle enormes críticas, pero se generaron módulos de formación, se hicieron convenios con universidades y se formó a una importante cantidad de profesionales médicos. Por supuesto da para la discusión por ejemplo si eran realmente sólo médicos o por qué sólo médicos, pero me parece que la capacitación fue una cuestión instalada y valiosa.

Debilidades

Vamos a mencionar algunas debilidades, probablemente haya muchas más, pero en definitiva a nosotros esto de analizar las debilidades nos sirve también para saber cómo seguir.

DEBILIDADES
✓ Excesiva focalización en los medicamentos
✓ Planificación centralizada con escasa participación provincial
✓ Disociación medicamentos - servicios de atención
✓ Escasa atención de la organización del 1º Nivel
✓ Falta de promoción del desarrollo de la Producción Pública de Medicamentos
✓ Baja participación en el control del proyecto
✓ Formación academicista

Uno de los temas es que en realidad si lo planteamos desde la idea de atención primaria o del primer nivel de atención, el programa estuvo **excesivamente focalizado en la cuestión del medicamento**. El REMEDIAR era un programa que distribuía medicamentos, era un programa más centralizado en una política nacional del medicamento que en una política vinculada a organización de servicios de salud. Y esto para nosotros es una debilidad, y este programa, con todas las fortalezas que acabamos de señalar, tiene no obstante esta debilidad. O sea que sería mucho más interesante que el medicamento, la distribución del medicamento en el marco de una organización sanitaria y fortaleciendo el primer nivel de atención. Esto es lo que a nosotros nos está pareciendo como que podría ser, ya que el medicamento es un instrumento importante en el apoyo de la organización del primer nivel de atención o de la red de servicios.

Otra cuestión que nos parece una debilidad, y probablemente tenga que ver con el momento en que comienza el programa, es el tema de la **planificación fuertemente centralizada y con escasa participación provincial**. Éste es un programa que se generó en la intersección de las Avenidas 9 de julio y Belgrano, y que se ejecutó desde la 9 de julio y Belgrano con muy escasa participación provincial. Reconocemos que probablemente la crisis no permitía demasiada posibilidad de poder hacerlo de otra manera, pero creo que ya a cinco años del comienzo del programa hay que empezar a revisar esta cuestión, y nos parece que realmente debería hacerse en el marco de lo que debe ser una discusión seria sobre el federalismo, pero claramente tiene que haber una estrecha participación de las provincias en este programa.

Otra debilidad es la **disociación medicamentos - servicios de atención**. Porque acá no se discutía si la atención que se daba a ese nivel era buena o mala, lo que se discutía es si llegaba o no llegaba el medicamento. Esto es lo que termina pasando generalmente en muchos casos y lo estamos revisan-

do, estamos entregando medicamentos en lugares donde todavía no está dada una organización sanitaria como para darles respuesta a las necesidades de la gente. En otras palabras hay medicamentos y no hay horas de atención. A veces a nosotros nos preguntan por los vencimientos, por como es la lógica del medicamento, y nosotros decimos que se vencen por un montón de motivos, pero también porque no hay horas médicas. Lo que sería interesante es que discutamos la organización de ese nivel y después veamos cuál es el insumo que se necesita en ese nivel. O sea que esto es parte de la discusión que instaló Débora Ferrandini al comienzo de la Mesa, cuando habló sobre las tecnologías adecuadas.

Otro tema que está vinculado a lo que mencionaba en el párrafo anterior, es la **escasa organización de la atención del primer nivel**. Éste es un insumo que se entrega contra nada, no hay ningún compromiso de gestión con la contraparte porque tampoco hubo planificación conjunta.

Otra debilidad del programa, es que nos parece que en éste no hubo vínculo y **no hubo promoción de la producción pública de medicamentos**. Es un tema que también probablemente depara mucho debate, pero nos parece que es un espacio interesante que debería desarrollarse y de hecho lo estamos haciendo, porque a partir de visualizar esto como una debilidad, nosotros lo incorporamos en el marco del trabajo en conjunto con el Programa Nacional de Provisión Pública de Medicamentos.

Otra debilidad es la **baja participación en el control del proyecto**, si bien el proyecto tiene algunos elementos de control social somos demasiado burocráticos para nuestra visión. O sea que nos hubiese gustado y nos gustaría, que a futuro los sectores sociales donde uno está instalando esta organización participen más de la organización de estos servicios, para incorporar la visión que se tiene desde los sectores sociales de la organización que se pretende.

Y el otro tema relacionado a la formación de recurso humano, que antes planteamos en sí mismo como una fortaleza, tiene a la vez como debilidad ser una **formación demasiado academicista**. En esto también se abre una discusión que habrá que tener con las distintas universidades del país ya que muchas de estas universidades tienen convenios con el programa, y que están trabajando una propuesta donde el eje es la atención primaria, que también tiene que ver con muchas de las cosas que dijo Débora Ferrandini y con cosas como que dentro de la currícula no está incorporada el término atención primaria de la salud, o bien no se discute el concepto de atención primaria de la salud, o no se discuten los niveles de atención o el primer nivel de atención.

La transición

Respecto de la transición, que es la que estamos transitando, las siguientes son las preguntas que nos hacemos y las cuestiones que queremos incorporar a la nueva propuesta:

- Pasar de la política nacional de medicamentos hacia la organización de los servicios de salud y el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención
- Pasar de la planificación centralizada a la articulación Nación - provincias
- Pasar de la prescripción a la conformación de equipos interdisciplinarios
- Pasar de la demanda espontánea a la búsqueda activa de la población objetivo
- Pasar del aseguramiento de la accesibilidad a la continuidad de la atención en el primer nivel de atención y la consolidación de redes de atención

Cuando hablamos de una **transición desde una política de nacional de medicamentos hacia una organización de los servicios de salud y el fortalecimiento en el primer nivel de atención**, esto no quiere decir que haya que abandonar la política nacional de medicamentos. Y acá si nosotros queremos discutir el primer nivel de atención, probablemente hay que definirlo primero y decir claramente qué significa primer nivel de atención, que por supuesto no es CAPS, porque primer nivel de atención va mucho más allá, y que además realmente primer nivel de atención puede ser el domicilio de la persona, e inclusive puede ser el consultorio del segundo nivel.

Es una discusión muy amplia y me parece que darla, ver qué significa, si estamos pensando en una conformación de una organización de servicios en red, instalar el debate y el análisis. Porque si uno analiza esto, podemos afirmar que la estructura del Ministerio de Salud de la Nación no contempla una red de servicios por niveles. O sea que si uno pregunta quién es el encargado de atención primaria en el Ministerio, difícilmente podamos identificar una persona, y lo mismo si uno pregunta quién es el encargado de hospitales en el Ministerio, difícilmente uno pueda encontrar una persona responsable de esa cuestión.

La otra cuestión es **pasar de una planificación tan centralizada como la del programa a una articulación Nación – provincias**. De hecho estamos empezando a hacer reuniones regionales donde estamos comenzando a trabajar pautas de descentralización, e inclusive lo primero que queremos es que las provincias empiecen a utilizar la información que está cargada hoy en el programa, y que realmente es una base de datos interesante.

También estamos trabajando sobre la idea de **pasar solamente de la prescripción como única problemática al tema de equipos interdisciplinarios**, o sea disciplinas que van más allá de los médicos, y en este ámbito me parece importante decirlo, hay que discutir fuertemente el rol del farmacéutico.

Una de las fuertes debilidades que hoy tiene este programa es la cuestión de la dispensa, y no es que venga acá a un espacio farmacéutico a decir esto por una cuestión demagógica, sino que es uno de los problemas que nosotros visualizamos como importantes: discutir la dispensa en el primer nivel de atención. No solamente en el programa REMEDIAR sino en el marco de otros programas, como también sería interesante discutir la dispensa en el segundo nivel, porque a veces cuando nosotros revisamos qué está pasando con esta cuestión de la incorporación de profesionales farmacéuticos en el segundo nivel, que también nos preocupa, y lo hacemos desde la mirada del primer nivel, vemos que en el segundo nivel hay muy pocos, y esos muy pocos además están restringidos a estar detrás y adelante de los anaqueles. Pero cuando uno se pregunta si tienen algún rol activo dentro del sistema, ese es realmente otro tema para discutir. Y un poco la invitación en este espacio es que nos ayuden a repensar la idea de la profesionalización farmacéutica y de la dispensa en el primer nivel de atención. A mí me parece que es un tema que da para analizar y para nosotros es un problema que queremos resolver, o por lo menos ir resolviendo.

La otra cuestión es **pasar de la demanda espontánea a la búsqueda activa de la población objetivo**. El programa REMEDIAR, como mucho de la organización sanitaria, está pensado en función de que la gente va a llegar por sus propios medios, y en realidad nosotros pensamos que además de los que llegan hay gente que no llega y a la que hay que ir a buscar. Esto habla de la posibilidad de tener una búsqueda activa de la demanda, porque estamos viendo que hay un conjunto importante de patologías que no llegan porque no pueden acceder, y esto no es que lo digamos en un discurso, sino que esto nosotros lo vemos cuando analizamos la red, y vemos que hay lugares donde existen poblaciones en las que prácticamente la cantidad de consultas que se visualizan en esos centros son mínimas, o cuando vemos que hay pacientes con patología previa que se llevan uno o dos tratamientos en el año. Entonces algo está pasando.

Y la otra cuestión es **pasar del aseguramiento de la accesibilidad a la continuidad de la atención en el primer nivel de atención, y la consolidación de redes de atención.**

El FEAPS (Fortalecimiento de Estrategias de Atención Primaria)

Veamos brevemente para terminar, cuál es la idea del proyecto que estamos trabajando, y que es un proyecto que se llama Fortalecimiento de Estrategias de Atención Primaria (FEAPS), como no podía ser de otra manera. La idea es contribuir a mejorar el estado de salud de la población de las provincias argentinas mediante el fortalecimiento del funcionamiento en red de los servicios públicos de salud. Éste es un proyecto donde el REMEDIAR se instala dentro de uno de los componentes del mismo, ya que como veremos hay distintos componentes.

Dentro de los **ejes del fortalecimiento** estamos trabajando fundamentalmente el tema de patologías y se incorporan algunas patologías priorizadas. Otros ejes son la población nominalizada, la Historia Clínica Familiar, el seguimiento del grupo familiar, la búsqueda activa de demanda, salud familiar y comunitaria y formación de equipos interdisciplinarios.

Los **objetivos generales** de este proyecto son tres:

- ✓ Definir, impulsar y fortalecer el funcionamiento de las redes provinciales de servicios públicos de salud.
- ✓ Fortalecer la capacidad resolutoria de los servicios públicos que integran las redes jurisdiccionales.
- ✓ Fortalecer el rol rector del Ministerio Nacional y los Ministerios Provinciales.

Componentes del FEAPS

Estructura	
Componente	Sub-componente
1. Proyectos Provinciales de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud	1.1. Asistencia Técnica para Proyectos Provinciales
	1.2. Implementación de Proyectos Provinciales
2. Provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud	2.1. Provisión de Insumos y Medicamentos Esenciales – Programa Remediar
	2.2. Desarrollo de RR.HH. para la red de servicios públicos de APS
3. Planificación y Evaluación	3.1. Evaluación de impacto

Fuente Leone F., 2008.-

Como vemos en el cuadro de arriba, hay tres componentes que a su vez se subdividen en un total de cinco subcomponentes.

El primer componente es un **proyecto provincial de fortalecimiento de redes de servicios de salud**, donde la idea es poder generar un espacio dentro del proyecto para analizar si existe una red de servicios provincial, y analizar la red del primer nivel de atención con esta amplitud. Para nosotros el objetivo es instalar la posibilidad de que el domicilio de la persona sea un lugar de entrada al sistema, no que la persona tenga que llegar al lugar para convertirlo en entrada a la organización sanitaria. Y otra idea es discutir que ese primer nivel pueda llegar a otros espacios, por ejemplo como uno de los temas que nos preocupa es el tema de seguimiento de las patologías crónicas, si por ejemplo algunos consultorios de segundo nivel no deben ser también entendidos dentro de este primer nivel.

Respecto a la implementación de proyectos de seguimiento de patologías crónicas vamos a utilizar algunas patologías, y

nosotros vamos a empezar con hipertensión y diabetes, pero la idea es que la provincia después plantee el seguimiento con trazadores del seguimiento de sus patologías como trazadoras de que está pasando en esa red de atención, si hay capacidad o no hay capacidad, si hay capacidad de continuidad de la atención o no la hay. O sea, a través del seguimiento de estos grupos ir viendo qué es lo que va pasando, y para eso va a haber inversión.

El segundo componente es la **provisión de insumos estratégicos para los servicios de salud**. Un primer subcomponente sería un REMEDIAR II, pero con la idea de que no solamente va a hacer la distribución de los medicamentos del programa que están en el Formulario REMEDIAR, sino que además se va a transformar al programa en el operador logístico interprogramático del Ministerio. Esto significa que además el REMEDIAR va a distribuir otras cosas que ya estamos distribuyendo, como insumos del programa materno infantil, vamos a distribuir insumos de salud sexual y reproductiva, estamos viendo la posibilidad de distribuir medicamentos inmunosupresores para el INCUCAI, y estamos viendo también la posibilidad de empezar a distribuir los profilácticos del programa de SIDA. Y el otro subcomponente es el de desarrollo de recursos humanos para la red de servicios públicos de atención primaria, a través de lo que era el Programa de Médicos Comunitarios. La idea es darlo vuelta, es decir no sólo hacer un programa de médicos sino hacer un programa de desarrollo, el concepto de desarrollo es que sea una cuestión más integral vinculada a pensar la gente que trabaja en este nivel y donde se incorpore formación, capacitación, incentivos, carreras y una serie de cuestiones para ir analizando en este marco.

Finalmente el tercero es un componente de **planificación y evaluación**, que pueda no sólo mirar su propia gestión como hacen muchos de estos proyectos internacionales, sino que pueda ver cuál es el impacto de este programa o de otro programa similar en este nivel de atención.

Estrategias para la Atención Primaria

Contexto de la reforma

Dr. Adolfo Sánchez de León

Introducción

Muchas gracias a la gente de FEFARA, a los Colegios Farmacéuticos de la Circunscripción 1ª y 2ª, a Carlos Vassallo por su invitación, y a todos los presentes por permitirme compartir algunas reflexiones en torno a un tema que, como decía Débora Ferrandini, nos desvela desde hace mucho tiempo. Ella, junto a Francisco Leone, ya han dado un marco conceptual más que amplio, y esto a mí me permite avanzar en algunos temas quizá más puntuales. Básicamente la idea es tratar de transmitir cuáles son algunas de las cosas que se están discutiendo y que se están pensando a nivel del Ministerio de Salud de la Nación, y a nivel de las Provincias. O sea lo que uno cree que puede llegar a ser una tendencia de cambio en los próximos años en el país, al menos eso esperamos y para eso estamos trabajando.

Y en este sentido lo primero que quería manifestar es que estamos, creo yo, en una etapa de transición de un modelo postcrisis que determinó un montón de cuestiones que hubo que hacer en la crisis. Muchas de ellas positivas, con algunas cuestiones discutibles como Francisco Leone fue contando, pero que marcaron una transición hacia un cambio de modelo del sistema de salud. Y esto me parece que es una buena noticia, en lo personal creo que una de las consecuencias que tuvo la

crisis en las agendas de los decisores políticos fue insertar las palabras o los conceptos de reforma y de cambio de sistema. En ese entonces tuvimos que ir a resolver la crisis, pero ya creo que es un momento para ir pensando o para retomar ideas de reforma de un sistema de salud altamente inequitativo como es el nuestro.

Ésta es entonces una primera buena noticia. Se está hablando y discutiendo mucho, de maneras a veces ordenadas y a veces no, de políticas de cambio o políticas de reforma del sector salud. Y estas políticas de reforma que se están planteando o que se enuncian se están pensando basadas en la estrategia de atención primaria de la salud. Y en este aspecto se da todo lo que planteaban en la Mesa Débora Ferrandini y Francisco Leone, en cuanto a la necesidad de redefinir qué consideramos atención primaria de la salud. En mi caso no me voy a extender porque realmente mis colegas, y en particular Débora, lo han hecho maravillosamente, pero sí decir que estamos pensando esto desde el enfoque de los derechos, de generar ciudadanía y de generar inclusión.

Y desde el sistema de salud y desde nuestra gobernabilidad, uno de los principales derechos que nosotros sí podemos garantizar es el derecho al acceso al sistema de salud en calidad y en tiempo oportuno. Porque yo he escuchado muchas veces hablar de accesibilidad de salud en Argentina, y por ejemplo decir que en Argentina hay accesibilidad comparada con otros países. Pero el tema de la accesibilidad en realidad podemos tomarlo como un gradiente y decir que sí hay acceso, pero en qué tiempo, en qué forma o en qué calidad es discutible, y ésta es una de las grandes discusiones que estamos dando o que queremos dar. Y quiero decir que lo interesante es que esta discusión se está dando en ámbitos provinciales y va a plantearse muy fuertemente a la ciudadanía, y puede afirmarse que vienen tiempos bastante interesantes para los diferentes actores y las diferentes organizaciones con la idea de ir plasmando una ley nacional de salud. Una ley nacional para la cual hay varios proyectos, por

ejemplo Francisco Leone ha trabajado en uno que se basa fuertemente en el tema de los derechos, y estamos pensando que se va poner a consideración y se va a trabajar fuertemente en el tema, que va a traer algunas novedades muy interesantes basadas en este enfoque de derecho, de cambio y de reformas del sistema de salud.

El contexto de las reformas y la discusión actual

Dicho esto yo le voy a enunciar tres o cuatro grandes temas, en atención al tiempo y para luego comenzar el debate, que está abierto a las preguntas.

En primer lugar vamos a ver cuatro o cinco cuestiones de una parte chiquita del contexto. Estamos en estos momentos a 30 años de lo que fue ALMA ATA y la Declaración de Atención Primaria, que fue una estrategia donde más de 160 ó 180 países acordaron para llevar adelante lo que en un año anterior se había definido como «Salud para todos», que como dijera Débora Ferrandini se planteó entonces para el año 2000, y que es una meta que obviamente hoy se considera que no se ha alcanzado y una acción que ha fracasado.

En ese contexto y ya por la década de los '80 empiezan a darse diferentes políticas, y menciono esto porque quiero asociarlo fuertemente con la tendencia que estoy viendo ahora, de tratar de territorializar esas estrategias, que eran en sí estrategias nacionales porque las aplicaban los países que firmaron la Declaración y que buscaban operacionalizar este tipo de estrategias. Y como por ejemplo dentro de las diferentes propuestas se puede citar a una de las más conocidas, que son los sistemas locales de salud.

En el año 2000, en septiembre del 2000, también más de 180 países en el marco de las Naciones Unidas suscriben el Acuerdo del Milenio, el cual propone ocho objetivos, lo cual implica un nivel de concreción mucho más importante y tiene que ver con

mejorar el desarrollo de los países. El Acuerdo del Milenio tiene dentro de esos ocho objetivos el objetivo de disminuir la pobreza, mejorar la educación, etc. Plantea 18 metas muy concretas y unos 48 indicadores también muy concretos. Desde ya que el concepto de salud para todos era algo bueno e incluyó todo ese marco de discusión en cuanto a qué llamamos salud, a qué nivel, etc. Luego en el caso de los Objetivos del Milenio relacionados con la salud, puede decirse que están muy bien establecidos, y si analizamos esos objetivos vemos que hay tres, aunque Argentina agregó uno más ya que para variar somos diferentes al resto también en esto y nosotros tenemos no 8 sino 9 Objetivos del Milenio, y hemos cambiado hasta los números de los objetivos.

Y entre esos objetivos el 5º, el 6º y el 7º digamos que tienen que ver con indicadores de salud, y respecto a esto quiero detenerme un segundo en el Objetivo 5º, que establece la necesidad de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad de menores de cinco años en dos terceras partes tomando desde el año 1990. Estos objetivos fueron hechos en el 2000 de cara a la meta final que debiera ser el año 2015. Para el año 2000 cuando se firmaron éstos, la tasa de mortalidad infantil de nuestro país era de 16 por 1000. Su tasa de mortalidad en el '90, o sea una década antes de lo que está incluido en el objetivo digamos como período, era de 25 por 1000, o sea que había habido una disminución en una década casi de casi unos 10 puntos, unos nueve puntos de descenso en la mortalidad la infantil. La tendencia todavía hace pensar, y digo todavía porque pienso que estamos en un momento crítico, que para el 2015 nuestra meta propuesta es llegar al 8,9 o al 9 por 1000 de mortalidad infantil, o sea disminuir fuertemente la mortalidad el 10 por 1000.

Y una meta intermedia que se estableció para todos los objetivos en el 2007, marcaba que siguiendo esa tendencia nosotros debíamos alcanzar la mortalidad infantil del 12,6 por 1000. Si se leen todos los documentos del Objetivo del Milenio del Ministerio de Salud, puede verse que en el año 2006 se da por descontado alcanzar la meta parcial del 12,6 por 1000. Lamen-

tablemente el año pasado aumentó la mortalidad infantil, no en forma importante incluso considerando las variaciones que tiene, pero este aumento al 13,5 por 1000 en lo que va del año y en discusiones con los ministros denotan la preocupación existe y ciertas dificultades en las acciones. Y todo esto está llevando a empezar a encender luces amarillas en términos de alcanzar la meta, no sólo por cumplir con una cuestión establecida sino porque como es sabido, este indicador está ligado o subsume un montón de cuestiones más allá de la salud, lo mismo que sucede con la tasa de mortalidad en menores de cinco años.

El otro indicador que es la tasa de mortalidad materna ligada al 6º Objetivo del Milenio, que para nosotros, para Argentina, significaba llegar al 2007 a 27 muertes cada 100.000 tampoco se cumplió y lamentablemente estamos arriba de 45 muertes cada 100.000. En este caso la meta para el 2015 es de llegar al 13 muertes cada 100.000, y la salud materna es un tema que como se sabe está generando una gran preocupación en términos de lograr llegar a esta meta o de mejorar la salud materna en la población.

Pero además de estas metas, tenemos el 7º Objetivo del Milenio que nos establece logros muy claros en cuanto al Chagas, al paludismo o a la tuberculosis, y plantea por ejemplo que nosotros debiéramos certificar en el 2015 que el 100% de las provincias argentinas tuvieran transmisión vertical 0, o sea tenemos que eliminar la transmisión vertical de Chagas en todas las provincias. Al día de hoy solamente el 5% de nuestras provincias están certificando esta meta. Lo mismo pasa si tomamos el caso de la tuberculosis, donde los números están aumentando. O sea estamos en un momento crítico, preocupante, y se está dando otra vez y nuevamente una presión para descentralizar los Objetivos del Milenio a nivel local. Hay una tendencia muy fuerte a reconocer que algo está fallando, y la solución pareciera ser no solamente ocuparse de los Objetivos del Milenio de salud, sino comenzar a hablar de otros objetivos que tienen que ver con el desarrollo, como es el caso de un programa de abordaje

territorial y toda esta serie de políticas que están tendiendo hacia una municipalización.

Una tercera cuestión tiene que ver también con un enfoque de los determinantes de la salud, que como es bien sabido constituye un enfoque más viejo que la atención primaria, ya que en 1974 Lalonde trabaja sobre este enfoque de los determinantes y Canadá realmente pega un salto cualitativo muy fuerte al plantear el tema de la salud comunitaria y luego con el tema de la atención primaria, y se da obviamente esta reforma fenomenal del sistema canadiense.

Se está dando un *revival* del tema de los determinantes de la salud. La Organización Mundial de la Salud ha planteado una comisión específica que está estudiando este tema a partir del año 2005, y en este momento están presentando el informe en Inglaterra, luego el día 22 en San Pablo Brasil, el 24 en Buenos Aires Argentina y creo que el 25 ó 26 en Chile.

Argentina en este contexto crea la Secretaría de Determinantes de la Salud y propone un enfoque no nuevo, porque como dijimos es muy viejo, pero para lo que es la estructura organizacional del Ministerio es algo muy novedoso. Estamos planteando un recorte de cuatro grupos determinantes de la salud en donde se plantea fuertemente trabajar en temas de hábitos de vida, el tema ambiental, el tema de servicios y sistemas de salud y el tema socioeconómico, y obviamente esto requiere un trabajo en lo local.

Se está trabajando muy fuertemente en lo que es el Programa de Municipios y Comunidades Saludables como un eje articulador de todo esto, lógica que dentro del Ministerio obviamente colisiona con otras lógicas más de tipo vertical y requiere de una fuerte articulación con otro tipo de programas. Pero también existe una presión hacia el nivel local, porque son en definitiva los que se consideran que van a trabajar mejor el tema prevención, el tema hábitos de vida, etc, etc.

Y una cuarta cuestión es un proceso de municipalización muy fuerte que uno viene detectando, un efecto de descentralización. Por cierto que las políticas de descentralización en nuestro país arrancan de la década de los '60, pero hoy existen más de 400 hospitales, por dar un ejemplo, en manos de municipios. La provincia de Buenos Aires solamente tiene más de 1700 de los centros de salud a nivel municipal, y además estos 400 hospitales, representan unas 15.000 camas. Estamos hablando ya de volúmenes crecientes y las provincias están planteando fuertemente la municipalización de algunas cuestiones, sea esto por transferencia de dineros, o por transferencia de oferta o de gestión de algunas cuestiones. Se está viendo una cierta tendencia, aunque acaso en el país no se pueda hablar de tendencias porque somos bastante variables, pero si uno analiza una serie histórica hay como una tendencia de descentralización, porque además la población está cambiando, el ciudadano en general es mucho más demandante, tiene el *síndrome del cajero automático*, quiere todo ya, todo al lado de la casa y a cualquier hora, y esto está generando una presión muy fuerte sobre los niveles políticos municipales, que nos están reclamando políticas de descentralización obviamente acompañadas de recursos para poder dar respuestas a sus vecinos.

En definitiva, estas políticas municipalizadoras, en el contexto actual y sin estar acompañadas de una planificación más adecuada, van a contribuir lamentablemente a aumentar el nivel de fragmentación que tiene nuestro sistema. Y cito al nivel de fragmentación porque al menos en el Ministerio creemos que acá empieza lo que es uno de los ejes centrales para empezar a trabajar fuertemente los cambios en el sistema de salud, y que estamos planteándonos hoy como un objetivo central. Y por eso el tema de la ley, o el tema de las discusiones que se van a venir, el tema de que las diferentes instituciones comiencen a participar ya que es muy difícil superar la fragmentación del sistema en nuestro país. Desde ya y todos lo sabemos, la fragmentación acarrea múltiples dificultades, y una de ellas es la baja capaci-

dad de gobernabilidad que uno tiene en un sistema altamente fragmentado, si a la gobernabilidad la definimos como la capacidad digamos de gobernarse o de conducirse o de generar las reglas de juego de su propio sistema. Hoy en realidad no hay subsistemas, hoy en realidad lo que sí hay son múltiples sistemas de salud que además se entrecruzan desde el financiamiento, y que se entrecruzan con múltiples sistemas de provisión generando realmente una gran ineficiencia, y visto desde el ciudadano y sus derechos, también una alta dificultad e ineficiencia. Todo está fundamentalmente ligado a está baja capacidad de gobernabilidad y de imponer reglas de juego claras, y esa tan mentada expresión de generar el rol de rectoría del Estado, que siempre repetimos, se ve totalmente mellado en esta fragmentación.

Éste es el primer gran desafío, generar posibilidades no me atrevo a decir de sistemas únicos de salud porque pareciera muy pomposo, o pareciera hablar de modelos acabados, pero sí la posibilidad de articular y de coordinar las diferentes fuentes de financiamiento para tener reglas de juego más claras, y la posibilidad de generar procesos de atención o desarrollo del sistema de salud más coherentes y más eficientes.

El segundo punto que se está trabajando y pensando es una transición del modelo del que veníamos hacia lo que esperamos que sea un modelo mejor, donde esta capacidad de gobernabilidad debe estar claramente en las provincias, porque tenemos un sistema federal y son las provincias, incluso por no delegación de cuestiones de salud hacia la Nación, las que tienen mayor posibilidad de generar estas reformas. Y esto va a obligar en primer lugar a pensar y trabajar el tercer punto que estamos pensando, orientado a una nueva redefinición en la relación entre la Nación y las provincias.

¿Cómo va a ser el rol que va jugar la Nación? Esto es un poco lo que decía Francisco Leone cuando hablaba de las cosas que deberían aportar la Nación y las provincias. Creemos que

eso sí debe estar reflejado en una ley nacional de salud, y acá estamos hablando, creo yo y básicamente, en cómo va a ser el financiamiento al menos en sus aspectos centrales en relación a estas posibilidades de reforma del sector. O sea cómo se va a financiar o cómo se va a transferir el dinero, digamos que así como Educación tuvo su ley de financiamiento y tuvo su ley de reforma, creemos que éste es el momento de la salud, y así como educación discutió, salud está empezando a discutir este tipo de cosas.

Esto implica la idea de que sean las provincias las que finalmente terminen al menos coordinando lo que son las obras sociales provinciales, el PAMI a nivel provincial y el presupuesto público, ya que en la mayoría de las provincias estamos hablando prácticamente de más del 60 o 70% de la población de esa provincia, y en algunas mucho más porque el resto son coberturas de obras sociales nacionales. Implica entonces que estamos hablando primero prácticamente de una política de aseguramiento público, y luego sí de ordenar todo este debate que se está dando en torno a cuáles serían las políticas de la provincia, o digamos la mesogestión. Y acá sí nosotros vemos algún déficit muy importante de capacidades institucionales en algunas provincias. O sea, por más que el modelo sea muy lindo o por más que el modelo en teoría funcione, luego hay que ver en la realidad la capacidad que tiene esa provincia de generar un sistema de articulación de todo esto, de lo público y lo privado, de regulación, o de generar alguna función de articulación o función de compra de servicios en donde se establezcan claramente incentivos y modalidades de pago, y fundamentalmente de empezar a generar esto de la nominalización, esto de la identificación de las personas. Porque si vamos a trabajar desde un criterio de derecho básicamente debemos conocer a nuestro vecino, a nuestro ciudadano, saber de qué se enferma y hacer un seguimiento. Y acá aparece esta cuestión del padrón como instrumento fundamental para la identificación de la población, que requiere también una complejidad.

Y finalmente la tercera cuestión de la reforma que estamos viendo, pensando y estudiando, es el tema del modelo de atención.

Entonces tenemos el financiamiento que es la reforma macro tal vez más importante y más necesaria, luego el tema de la gestión, de la mesogestión en cuanto a generar capacidades institucionales de los gobiernos provinciales, ya que algunas provincias están altamente municipalizadas como la provincia de Buenos Aires, Santa Fe o Córdoba, y hay que articular esa relación entre el nivel local y el nivel provincial. Y finalmente está la cuestión del modelo de atención, donde se está pensando muy fuertemente en equipos de salud, por ejemplo en el primer nivel de atención con población a cargo, en sistemas de redes, sistemas de historias clínicas, etc. etc.

Conclusiones

Hemos visto todo quizá muy sintéticamente y muy rápido por cuestiones de tiempo disponible. Pero ahora estamos en otro debate, y quise transmitirles algunas de las ideas y de los conceptos en que se está pensando en esta discusión que estamos teniendo tal vez a un primer nivel ministerial y de las provincias. Va a ser una discusión que yo creo que se viene, con la idea que todos a través de nuestras organizaciones o individualmente, empecemos a participa. La excusa será la ley federal de salud, y digo excusa porque una ley por sí misma no va a solucionar nada, pero es la excusa para discutir un nuevo modelo.

Para concluir, digamos que personalmente rescato la buena noticia de que empezamos a instalar luego de mucho tiempo los conceptos de reforma al sector, estamos hablando de temas muy centrales de los que hace muchos años no hablamos. Esperemos terminar en buen puerto.

Preguntas y Comentarios

Coordinadora: Bueno muchas gracias a nuestros tres disertantes, ahora se abre un espacio para las preguntas o comentarios de parte de nuestra audiencia.

- **Audiencia:** *Quiero hacer un comentario y decir que realmente me alegro de haber escuchado esta Mesa. Mi comentario tiene que ver con la participación de los farmacéuticos no solamente en el programa REMEDIAR, sino realmente formando parte de un equipo de salud, sobre todo después de haber escuchado en el 2002 en ocasión de consultar al responsable de REMEDIAR sobre cuál sería la función del farmacéutico, y de haber recibido la respuesta de que REMEDIAR no se había creado para salvar la falta de trabajo del farmacéutico. Entonces escuchar ahora que realmente vamos a participar, cosa que me parece que todos los farmacéuticos estamos queriendo, nos alegra, y ya nos estamos sumando a esta discusión con nuestra participación activa. Escuchar al Dr. Leone realmente me ha gratificado, coincido con respecto a la ausencia de los profesionales farmacéuticos no solamente en el primer nivel sino también en el segundo y tercer niveles. También pienso que respecto a esta nueva ley, el Ministerio de Salud, si bien ya lo ha hecho o lo está haciendo a través del COFESA, tiene que tratar estos temas. Y lo mismo aquellas provincias que acaso por falta de recursos o por falta de articulación, no tienen en claro cuál debe ser la formación de los recursos humanos. Y en mi caso hablo del farmacéutico porque es lo que nos preocupa, ya que nadie discute que el*

médico forma parte del equipo de salud pero sí a veces se pone en discusión la inclusión del farmacéutico, siendo que claramente nosotros somos profesionales de la salud. Este es un tema que puede acaso instalarse desde el Ministerio, o a través de la creación de residencias para formación de profesionales en áreas que le interesen al Ministerio, sobre todo en aquellas provincias donde en los hospitales uno no encuentra un farmacéutico. Nosotros tenemos la experiencia hace tiempo, y soy de Capital Federal, cuando hace 4 ó 5 años atrás firmamos un acuerdo con el Gobierno de Buenos Aires y logramos a través de la Universidad de Buenos Aires, colocar un grupo de farmacéuticos en los centros de atención primaria, y allí esos farmacéuticos fueron los encargados de distribuir el programa REMEDIAR. Fue una experiencia positiva que implicó tener un lugar adecuado para guardar los medicamentos, donde la población participó y donde ellos lograron su lugar, porque lograron no solamente hacer una distribución, sino además explicarle al paciente el uso racional del medicamento, llevando inquietudes pero también llevando registros. Por eso proponíamos ayer en estas Jornadas a los funcionarios que participaron en las primeras mesas y debían ir a Buenos Aires a una reunión con los Decanos de las Facultades de Medicina, que también nos convoquen a los farmacéuticos. Y en términos más generales, que también nos convoquen para formar parte en la discusión de esta nueva ley de salud, para entre todos realmente hacer un país mejor, que esté pensando en la gente, y que el ministerio de salud realmente sea un ministerio de salud para todos y que logre integrar a todos los profesionales.

- **Audiencia:** Quería hacer dos preguntas, básicamente a las autoridades nacionales como rectores o como tutores de la salud pública, porque estamos todos de acuerdo en

que si a la atención primaria la definimos como estrategia, en sí la palabra estrategia habla de tener en cuenta al otro. Y me pareció muy buena esta autocrítica de reconocer como punto pendiente de la agenda la participación comunitaria. Y si bien se mencionaba el empadronamiento, digamos que saber de qué se enferman las personas igual implica una sola direccionalidad, no implica qué piensan o qué quieren o qué necesidades tienen las personas, no en lo ideológico sino en lo concreto. Entonces una pregunta es de qué manera se piensa generar espacios de participación comunitaria. Y en segundo lugar, si bien yo me reconozco un ignorante en el decir y el hacer de la salud pública, no puedo dejar de mencionar que he notado que las autoridades de Brasil no usaron tanto la expresión «esta gestión», lo cual me da una idea de continuidad del hacer y obrar por parte de ellos. Entonces, de qué manera ustedes teniendo en cuenta la realidad argentina, digamos dependiente de diferentes crisis o de diferentes gestiones, pueden pensar directivas que trasciendan a los gobiernos de turno. O sea que de alguna manera mis dos preguntas están relacionadas: participación comunitaria en lo concreto y que trasciendan a los gobierno de turno.

Dr. A. Sánchez de León: En primer lugar, aclaro que el tema de la nominalización de la población en realidad lo nombré como un mecanismo o como una herramienta de gestión, y no tiene nada que ver eso con la participación. Para responder un poco la segunda parte de la pregunta, que tiene que ver con la continuidad de las políticas, nosotros somos muy respetuosos de las políticas que se van dando cuando lo que se hizo se hizo bien, como Francisco Leone lo ha manifestado, y desde ya se continúa. Debo aclarar también que no quise hablar de gestiones personales sino de etapas políticas, o sea decir que hubo una crisis y en la necesidad de salir a tapar en esa crisis se

hicieron cosas correctas, como creo que lo fue llegar a mejorar los niveles de acceso a los medicamentos en ese momento, a través de una accesibilidad directa del medicamento al centro de atención primaria por ejemplo. Porque como creo que coincidimos, la accesibilidad del medicamento a los centros a veces se dificulta cuánto más pasos en el medio se pongan, y lo mismo sucede con la accesibilidad de la gente a ese medicamento, o sea que se simplificaron dos accesos, por decirlo de alguna manera. También podemos decir que fueron positivos el plan Nacer o el plan Médicos Comunitarios, porque básicamente lo que se necesitaba en ese momento era reforzar el primer nivel porque se caía a pedazos, y esto no sé si se puede demostrar, pero empíricamente al menos aumentaron por ejemplo un montón las consultas. Lo que pasa es que esa política, como bien decía Francisco Leone, llega un momento que tiene un límite, y tocado ese límite es que empezamos a pensar otro tipo de cuestiones, empezamos a pensar la participación de la gente o el modelo de atención integrado. Y en ese sentido fue que comentaba esta idea de trabajar en algunos ejemplos de participación, como muchas veces se trabaja localmente y hay muchos, y nosotros en el Programa de Municipios Saludables hablamos de las bondades que ha tenido todo el proceso durante la gestión anterior, porque arrancó allá en el 2000. O sea que ya viene de más de una gestión y nosotros lo estamos reforzando, revitalizando e incluso dándole mayor categoría. Les comento que Municipios Saludables es una red de municipios que primero se adhieren, y luego por una serie de diagnósticos participativos pasan a ser miembros titulares. Nosotros hemos establecido un sistema de acreditación de municipios, y son entonces municipios titulares y municipios responsables de generar responsabilidad social en salud. Estos son los municipios que se comprometen por un acuerdo territorial a trabajar en los cuatro grupos de determinantes de salud con indicadores muy concretos, y trabajan sobre hábitos de vida, se va a trabajar también el tema sedentarismo con actividades de promoción de la actividad física, de promoción contra el tabaquismo, de la seguridad vial y en contra de las

adiciones. En salud ambiental que es el otro gran grupo de determinantes vamos a trabajar el agua segura, basurales y reforestación por ejemplo de árboles nativos no alergógenos. Y en lo económico y social vamos a trabajar en niveles de alfabetización de adultos y fuertemente en instrucción no formal de madres adolescentes solteras, en tanto que a nivel de servicios y sistemas de salud vamos a trabajar intensamente en protocolización de las enfermedades crónicas y de las cardiovasculares y en todo el tema materno infantil.

La primera cuestión que nosotros le pedimos es la participación, y esto está en la base filosófica del programa como también de otros programas. La participación puede ser entendida en diferentes maneras, algunos lo hacen por ejemplo a través de promotores de salud, en nuestro caso lo que estamos pidiendo es la conformación de una mesa territorial, una mesa de trabajo intersectorial, donde no sólo tiene que estar el intendente, sino que tiene que conformar la mesa con diferentes actores, que no sean solamente las ONGs o la gente que tiene ganas por cuestiones vocacionales o altruistas, sino que también estén allí las empresas a las cuales van a ser destinadas las políticas públicas. Porque en Municipios Saludables la idea es generar políticas públicas locales en términos de salud, que aún en provincias como Buenos Aires o Santa Fe puede parecer raro porque hablamos de municipios, y en muchas provincias los sistemas de salud están muy centralizados en el nivel provincial, y esto lleva por ejemplo a que el Director del hospital tenga más poder que el intendente en términos sanitarios, o que el intendente no sepa de qué se enferma o de qué se muere su población. Esto implica sentar al Director del hospital en esa mesa para que el Intendente empiece a tener mayor gobernabilidad sobre su sistema. Hay por supuesto otras variantes participativas, pero básicamente ésta es la modalidad de participación comunitaria que nosotros proponemos, y cuando en el Ministerio nos viene aprobado el trámite para nombrar un Municipio Responsable, debe venir también con el aval de estas instituciones.

Y finalmente en cuanto a la segunda parte de la pregunta y el uso de la expresión «*esta gestión*», me parece que esto tiene que ver con la forma como se construye política en este país y con las posibilidades que una política de gobierno se transforme en una política del estado. Creo que por ahí pasa el debate, en general por la forma de liderazgo y conducción que tiene el país. Yo no soy politólogo, simplemente estoy opinando como un usuario o un lector de diario, pero me parece que por la forma de liderazgos y conducción que tiene este país es que vivimos este nivel de atomización, entonces acá hay una tendencia a apropiarse de la política, porque generar una política significa escalar en la política, entonces me parece que vale la pena debatir cómo transformar una política en una política estable. Y la otra discusión que tenemos en salud es cómo instalamos el sector salud en la agenda del Estado, porque creo que todavía no está instalado fuertemente como una temática central de la problemática.



MESA Nº 7

Financiamiento, Compra e Integración de servicios de salud

Coordinador: Farm. Juan Carlos Rucci

Esta Mesa nos convoca para analizar un tema siempre actual y cambiante, como es el financiamiento, la compra y la integración de servicios de salud, y será abordado desde dos estructuras distintas de la seguridad social, una Obra Social Sindical y una Obra Social Provincial como es el IAPOS.

Ayer por la tarde tuvimos una Mesa donde se habló sobre la financiación desde la visión de la industria farmacéutica, creo que esta mesa puede ser un interesante complemento para entender cómo piensa el financiador cuando debe coordinar todas las acciones que le permitan brindar un Servicio de Salud integral al afiliado. Vamos a presentar a nuestros dos disertantes, y luego invitar al Dr. Miguel González a dar comienzo a su ponencia.

El Dr. Miguel González es Bioquímico egresado de Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional

del Litoral, Miembro del Consejo del Colegio de Bioquímicos de Santa Fe, Primera Circunscripción, período 1999 – 2001, Secretario de la Sociedad de Bioquímicos de Santa Fe en el período 2002 –2004, reelecto para el período 2005 – 2006 y 2007 – 2008, fue Consejero Graduado de la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas, UNL, período 2.000 - 2.001.y 2005 -2007, Secretario fundador de la Cooperativa de Producción y Servicios de Bioquímicos de Santa Fe.2003 -2004, Vicepresidente de La Federación Bioquímica de la Pcia. de Santa Fe, Miembro de la comisión permanente del NBU (Nomenclador Bioquímico Único) de la CUBRA (Confederación Bioquímica Unificada de la República Argentina). Actualmente se desempeña como Director provincial del IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social) de la Provincia de Santa Fe

El Dr. Peregrino Selser es médico egresado de la Universidad de Buenos Aires, Continuó su formación como Especialista Universitario en Dirección de Empresas de Salud, en la Universidad Austral, como así también con los módulos internacionales en la Universidad de Navarra (España) y en la Universidad de Pensylvania (EUA). Obtuvo el título de Master Profesional en Administración de Empresas (MBA) de la Escuela de Negocios de la Universidad Austral (IAE), y cursó el Programa de Postgrado en Negociación en la Universidad Católica Argentina.

**La Visión desde el IAPOS
(Instituto Autárquico Provincial de Obra Social
de la Provincia de Santa Fe)**

Dr. Miguel González

Introducción

Para comenzar quiero agradecerle a las autoridades de los Colegios Farmacéuticos de la 1ª y 2ª Circunscripción de Santa Fe y a FEFARA, por haber considerado que podríamos hacer algún aporte durante estas Jornadas. La verdad que después de la Mesa anterior se hace un poco complicado tratar de hablar de alguna cosas que para la Obra Social son centrales, si bien seguramente son de menor envergadura que pensar una política integral de salud. De todos modos vamos a intentar hacer algunos aportes para que reflexionemos entre todos.

En primer lugar les quiero comentar que la Obra Social de la Provincia, la Obra Social de los Empleados de la Provincia de Santa Fe, estuvo durante gran parte de las gestiones anteriores bajo la órbita de la Secretaría de Trabajo, cada uno haga su propia reflexión respecto a este tema, y ahora pasó al Ministerio de Salud. O sea que si bien recogemos la marca de la Mesa anterior en cuanto a tratar de no hablar de «gestiones», o al menos de las que nos precedieron, sí nos parece importante señalar este cambio, este aspecto estructural, y decir que desde la Obra Social lo que estamos pretendiendo hacer durante este proceso es ser institucionales. Básicamente que se dé alguna

continuidad a lo largo del tiempo, para que junto al Ministerio de Salud de la Provincia podamos pensar en políticas de salud que se salgan de la lógica habitual que ha tenido hasta ahora la Obra Social.

No voy a abundar en cosas que ya se han dicho, pero menciono el tema de la enorme fragmentación en cuanto a provisión de servicios que hay en la provincia de Santa Fe, que como tantas otras provincias tiene una asimetría enorme de prestaciones en las distintas regiones. Esto obliga al IAPOS a contratar más de 40 prestadores diferentes, lo cual implica más de 40 contratos de servicios que tienen características muy disímiles a lo largo de toda la provincia. Esa fragmentación genera además de asimetrías en el acceso, seguramente enormes asimetrías en la resolución de los problemas de salud de nuestros afiliados, que están repartidos en toda la extensión de la provincia de Santa Fe.

Repensando nuevas estrategias para el IAPOS

Digamos simplemente que nuestra Obra Social, como tantas otras en los '90, tuvo una estrategia de compra integral de servicios a través de un modelo de compra que en general está basado en los consumos, o sea que son pagos integrales por carteras fijas. Vale decir que se tomó un histórico del consumo de un período y así, en esos consumos históricos, se generó un volumen de dinero con el cual se pagaban los eventos producidos. No es entonces un sistema capitado sino un sistema que está planteado desde los eventos producidos en un histórico.

Esto tiene algunas ventajas, y una de ellas es que la población puede migrar de un lugar a otro dentro de la provincia, sin necesidad que tenga que hacer un trámite especial para poder atenderse en cualquiera de los prestadores que están contratados por la provincia. Quiero decir además que la Obra Social, desde nuestro punto de vista, durante muchos años estuvo

dedicada exclusivamente al rol de financiamiento y a esta compra integral del servicio de salud. Durante este tiempo, no hay al menos registros de que se haya puesto ningún tipo de énfasis en ver qué se hacía con esos recursos desde el punto de vista sanitario. La Obra Social, en cuanto a su esquema de control, estuvo direccionada a ver si la cantidad de recursos se usaron en esa cantidad de prestaciones que los titulares de los convenios tienen que rendir al final de cada período. Es decir, se les asigna un monto de dinero a los contratos, que a su vez tienen prestadores, y estos prestadores resuelven los problemas de patologías de la población que tenemos a cargo basados en un menú prestacional.

Al menos así era en general hasta que nosotros empezamos la gestión, donde una de las cosas que vamos a intentar transformar es el modelo de compra de servicios, instaurando un modelo basado en la resolución de patologías. Damos por descontado que esto no va a estar libre de conflictos, porque en general si hay un atajo para poder cobrar por fuera de lo que el vademécum tiene, es justamente tener un listado de prestaciones cerrado donde todo lo que no está en ese vademécum se cobra aparte. Entonces nosotros estamos tratando de involucrar a los titulares de los convenios en una lógica diferente de trabajo, que tiene que ver con repensar esto de comprar servicios de salud por menú prestacional, y trabajar junto con ellos. Es un trabajo realmente bastante complejo, no es necesario que abunde en detalles, pero obviamente son muchas empresas prestadoras de servicios de salud, que tienen un interés particular en sostener una renta. Y por lo tanto uno tiene que trabajar respondiendo a este esquema de prestación de provisión de servicios, pensando que efectivamente si son empresas esa renta debe ser una renta razonable, y la cantidad y el tipo de prestaciones que se brindan no debieran ser el centro, sino que lo que debiera ser el centro de análisis de la Obra Social desde nuestro punto de vista, es qué producto sanitario y qué resultados se obtienen por ese aporte de recursos.

La verdad es que nosotros creemos que este esquema de financiamiento y provisión de servicios, por lo menos en principio, aparece como bastante dificultoso para el gobierno de las políticas sanitarias que pretendemos desde la provincia y desde la obra social en particular. De todos modos, nosotros no escapamos a las generales de la ley en cuanto a lo que es la fragmentación que se produce intra sistema. Podríamos decir que dentro de los prestadores que nosotros contratamos no hay un sistema de salud, y con esto me refiero a la idea de un sistema ordenado, organizado, donde el primer de nivel de atención actúe como una puerta de entrada para consultas del segundo nivel y para acceder al tercer nivel de atención. Esto en la práctica no funciona así, y no funciona así además porque tampoco está instalado culturalmente, entonces es difícil pensar en puertas de entradas diferentes a las que ya están establecidas en el imaginario de nuestros afiliados. Se pretende que se sostenga el sistema de libre elección, pero no sólo dentro de un listado de prestadores, sino una libre elección donde yo decido como afiliado por qué puerta voy entrar al sistema.

Y hoy la obra social tiene una enorme dificultad que es justamente este tema de una libre elección, en donde el afiliado decide según su propia percepción del problema. Vale decir que si un afiliado decide que lo que está percibiendo es para ir al neurólogo, pues va directamente porque puede entrar por esa puerta de entrada, no tiene ninguna barrera que se lo impida. Ese es uno de los problemas centrales que tenemos.

Esto que aparece dentro de la lógica de compra como una cosa a favor de la persona, obviamente debido a su enorme asimetría de información, hace que quede presa permanentemente de distintos tironeos acerca de cómo es que va a seguir su tratamiento. Y en esto la obra social pretende tener algún tipo de gobierno compartido con los prestadores de servicios, porque sin duda también ellos son responsables de este esquema de prestación que hoy tenemos. ¿Qué quiero decir con esto? Hoy hay una cuestión que seguramente nos pasa a todos los

que estamos comprando servicios y no tenemos servicios propios de salud, porque en esta situación hay un problema central para el afiliado que es la intermediación. Algo que yo llamo la intermediación de la receta, y es que cada vez que el profesional que lo atendió le receta cualquier tipo de cosa, sea un medicamento, un estudio complementario u otra prestación, y se lo pone en las manos al paciente, acaba de transferirle un problema. Ese problema que le transfiere es justamente la sensación que tiene ese afiliado, que inmediatamente piensa si eso se lo van a autorizar o no. Y si tomamos en cuenta esa asimetría enorme de información que tienen el paciente o el afiliado, desde la obra social no podemos darnos el lujo de esto siga pasando.

Nosotros nos hemos planteado el desafío de que la gente, los afiliados, dejen de intermediar, pero por supuesto los dispositivos para lograr que la gente deje de intermediar son sumamente complejos y requieren de la adhesión de quién receta, de quien prescribe, y la verdad que trabajar en eso es bastante complejo. Nosotros además del rol de financiamiento, decidimos involucrarnos seriamente en armar desde la obra social y junto con el Ministerio de Salud algunas estrategias comunes, porque entendemos que debiéramos estarnos planteando desafíos más importantes, que solamente ver si el recurso disponible nos alcanza o no nos alcanza para comprar todos estos servicios que sistemáticamente tenemos que pagar. Y algunos de esos desafíos que nos planteamos, aún preguntándonos si va a ser posible con esta lógica de compra, tienen que ver por ejemplo con una estrategia de atención primaria. Y nos preguntamos si realmente es posible pensar una estrategia de atención primaria desde un financiador como una obra social provincial, o desde una obra social sindical, cuando se parte de un esquema prestacional donde no hay una red de atención, donde en realidad lo que hay es una oferta prestacional donde la gente accede simplemente a través de su demanda. Éste es un interrogante que nos hemos planteado, y vamos a intentar ir pensando las respuestas.

Dijimos al principio que la obra social tiene unos 40 convenios, que a su vez tienen un financiamiento muy diverso y muy fragmentado, y como debe pasar en la mayoría de las provincias la oferta instalada se concentra en los centros urbanos. Desde ya la mayor cantidad de servicios del tercer nivel definitivamente se concentra en los centros urbanos, y hace que el financiamiento se haya corrido muchísimo hacia estos polos, en nuestro caso las ciudades de Santa Fe y de Rosario, que han concentrado los recursos de la obra social. El modelo de compra que estaba originalmente instalado en la obra social y que dijimos que era por consumos, no diferenciaba entre los consumos que venían de fuera de estos dos departamentos que actuaban como grandes concentradores (Santa Fe y Rosario), no los diferenciaba de los consumos generados por los afiliados que venían de afuera de estas dos ciudades. Con lo cual se hacía bastante difícil pensar en transferir recursos desde los grandes centros urbanos para mejorar el nivel de resolución local.

Si bien no estamos hablando de pensar en una estrategia de atención primaria, al menos no en este momento, digamos no obstante que hay centros urbanos como Venado Tuerto, Rafaela o Reconquista, que han ido invirtiendo y teniendo recursos para mejorar el nivel de resolución local. Sin embargo la obra social durante años no financió esas prestaciones o esos prestadores nuevos, con lo cual la concentración de recursos y de resolución se agudizó todavía más. Porque si no se financia el nivel de resolución local obviamente se concentra en los dos grandes centros, con lo cual la migración de la gente para resolver problemas complejos se hace muchas veces por errores en la concepción del financiamiento. Así encontramos entre otras cosas terapias radiantes que estaban instaladas en Venado Tuerto, pero que no estaban financiadas, y entonces la gente para hacer algún tratamiento tenía que recorrer 150 o 200 km pese a tener capacidad instalada allí. Rafaela tenía Hemodinamia instalada y sin embargo estaba fuera del financiamiento, y estos son nada

más que dos ejemplos, porque la verdad, es casi abrumadora la cantidad de datos que hay para sostener que los niveles de resolución local estaban absolutamente desfinanciados.

Un primer paso entonces fue separar los segmentos de interior, Santa Fe y Rosario, que era como se los llamaba en los dos grandes convenios, para ver con más claridad qué recursos se estaban usando en esos lugares para mejorar el nivel de resolución local. Eso lo hemos logrado creemos nosotros con bastante rapidez, y esperemos que durante el próximo año podamos mejorar la accesibilidad a nuestros afiliados, que desde el comienzo fue un tema que nos preocupaba y nos preocupa muchísimo.

Otro de los desafíos que nos planteamos, es si será posible pensar junto con los prestadores de un sistema de provisión privada, una estrategia de involucramiento en el cuidado de los recursos de la obra social. Sabemos que los recursos en salud siempre son insuficientes, pero sí sumado a eso los gastamos mal la cuestión se pone mucho peor. Entonces nos planteamos este desafío y armamos comisiones mixtas de trabajo sistemático con los prestadores, y la verdad es que muy a cuentagotas hemos logrado algunos resultados. En principio no es fácil interactuar y tendemos a mirarnos unos a otros, financiadores y proveedores, con idéntico recelo, porque admito que es recíproco, pero se va superando y podemos admitir que trabajar juntos es posible y que a lo largo de un proceso sistemático se pueden ir logrando algunos resultados. Y otro tema que también le hemos planteado a los prestadores como un desafío, es que ya debemos salir del modelo tradicional de compra por menú prestacional e ir hacia un sistema de resolución de patologías.

Algunos convenios ya han tomado concretamente este desafío, si bien con algunas dificultades iniciales, y queremos mencionarlos como reconocimiento al esfuerzo que justamente algunos hicieron. Por ejemplo el convenio de Rosario ha tomado

el desafío de pensar en un sistema de resolución de patologías, y por supuesto esto no está libre de conflictos y todos los días nos peleamos para ver si tal o cual patología se resuelve de tal o cual modo, pero por lo menos el concepto empieza a tomar algún cuerpo. Lo importante es la toma de conciencia y el convencimiento de que no podemos seguir más con este esquema donde contratamos un tipo de provisión de servicios, y un ejemplo simple podría ser cualquier cirugía común, y después empieza el tironeo de si operar por vía laparoscópica o hacerlo por vía tradicional, o si está o no está financiado. En un caso como éste y tomado dentro de un esquema de resolución de patologías, son los propios prestadores junto con el financiador, quienes tienen que hacerse cargo de tomar la decisión adecuada para resolver esa patología.

Algunas reflexiones finales

Así es que con dificultades, pero estamos repensando ese tipo de estrategias, y realmente hemos encontrado algunos aliados este trabajo, y aunque suene demagógico queremos decir que los colegios de farmacéuticos de la 1° y la 2° circunscripciones de nuestra provincia se han comportado como aliados en estos temas, y creo que es porque entienden que los recursos que tiene la obra social son finitos, no son infinitos.

Pensamos que además de tener claridad en los consumos que tenemos, si le sumamos a ello una perspectiva sanitaria, esto nos va a permitir otra mirada y otra capacidad a la hora de tomar decisiones. Por supuesto como siempre suele suceder en Argentina, uno de los serios problemas que tuvimos y tenemos es que cuando llegamos a la obra social había muy pocos indicadores de salud de nuestra población. Acaso decir muy pocos sea un eufemismo, porque no había casi indicadores que nos permitieran hacer una mínima programación de los recursos, tratando de detectar e identificar dónde estaban las dificultades de nuestros afiliados. No tenemos esos datos, los va-

mos a ir construyendo a partir de nuestra gestión, y los vamos a dejar para que sigan trabajando luego los demás, esa es la idea.

No quiero abundar en el tema, pero la verdad es que a nosotros se nos hace muy difícil pensar en una estrategia común con el Ministerio, a pesar de que estamos tratando de tomar algunos criterios en forma conjunta. El esquema de provisión de servicios que tiene la obra social hace bastante difícil pensar en un esquema de atención primaria de la salud. De todos modos, con algunos prestadores nos lo hemos planteado, y también nos hemos planteado el desafío de correr o reasignar recursos del segundo y tercer nivel hacia el primer nivel, aún sabiendo lo que esto significa.

En esta oportunidad debo aclarar que no traje números porque me parece que lo más importante es lo conceptual, y a veces los números aburren un poco. Pero con los pocos datos que he conseguido del gasto histórico de la obra social, se puede ver que en verdad se han corrido los recursos que la obra social disponía hace veinte años atrás para el primer nivel de atención, o lo que podríamos decir que era el primer nivel de atención financiado por obra social, hacia el segundo y tercer nivel. Esto obviamente tiene que ver con el grado de complejidad de la tecnología de los últimos tiempos, no sólo de medicamentos sino también de tecnologías duras, que tironean sistemáticamente estos recursos.

De todos modos, la idea que tenemos desde la obra social es pensar una estrategia donde los recursos que se ponen para el primer nivel vayan siendo relativamente crecientes, porque hoy es claramente imposible la idea de que tenga que pagar un sector por otro. Y agrego aquí que coincido con lo que dijo Débora Ferrandini en la Mesa anterior en cuanto a que poner recursos en el primer nivel de atención es más caro, pero lo que pasa es que igual hay que ponerlos allí. Entonces tenemos que buscar una estrategia para transferir recursos al primer nivel, y de eso

se trata gran parte del trabajo de rediseño del financiamiento estamos haciendo, aún con los conflictos que prevemos que se van a dar.

También sabemos que hay otra cuestión relacionada con el tema de la intermediación, que tiene que ver con los intereses particulares que tienen algunos de los prestadores, y algunos de esos intereses son más particulares que otros. En este sentido nosotros tenemos que tratar de ser garantes de nuestros afiliados, y hasta ahora evidentemente con la estrategia de financiar solamente no se puede garantizar a la gente el acceso a la salud. Digamos para terminar que si la obra social sólo se propusiera financiar, es poco probable que le alcancen los recursos, y es muy poco probable que garantice el derecho la salud.

La Integración como Estrategia en la Compra y Gestión de Servicios de Salud

Dr. Peregrino Selser

Introducción

Quiero decir sinceramente y un poco como lo hizo el colega que me precedió, que después de todas las personas que hablaron, mucho más importantes que yo, más expertas, a cargo de decisiones más serias y con problemas de diseño de políticas a largo plazo, es un poco complicado para mí hacer un aporte que no desmerezca. De todas maneras vamos a ver en qué podemos ayudar nosotros desde nuestra visión.

Cuando recién tomamos asiento en esta mesa, le decía a mi colega que acaba de exponer, a Miguel González, que es presidente de la obra social Provincial, que yo tuve una experiencia similar en Santiago del Estero, pero la verdad es que de todo eso apenas tengo una historia pobre. Y después de la formación académica que hemos ido incorporando y de llevar más de veinte años trabajando en este sector, quiero decir que a medida que uno va conociendo y hablando con personas que viven en otros países, más se convence de que nuestro sistema de salud es particularmente difícil. Y aclaro esto porque ayer tuvimos el privilegio de contar con gente de Brasil y Costa Rica, con experiencias muy ricas y que nos puedan ayudar a mirar nuestro sistema de salud.

Esta semana me tocó el protocolo de recepción de una persona que vino de España, y cuando nos miran, cuando miran nuestro sistema de salud, con sus múltiples fuentes de financiamiento, con sus distintas regulaciones y con las asimetrías que existen, la verdad que uno se pone un poco colorado. Sin embargo nuestro problema es que estamos aquí, que nosotros tenemos responsabilidades, que debemos dar respuestas, y que de alguna manera la gente por razón o por fuerza espera de nosotros cosas.

De modo tal que las personas que estamos al frente de decisiones que tienen que ver con un sistema que de alguna manera pone en tensión por lo menos dos fuerzas, la necesidad de la gente versus lo que quieren cobrar aquellos que le dan esos servicios a la gente, estamos en este dilema. Aceptaremos dignamente que hemos decidido jugar ese juego y nos haremos cargo del rol que nos toca, porque si no entraríamos en un debate respecto de lo imposible que es verdaderamente con lo intuitivo, y si estamos aquí es porque pensamos que es posible. Y esto lo digo para empezar la conversación, porque es obvio que esto es un camino lleno de tribulaciones.

Un cambio de década. Un cambio de paradigma

Argentina, después de la salida de la convertibilidad verdaderamente tuvo que tener un sistema de contingencias para poder paliar la crisis que se venía, donde más allá de preguntarse respecto de la pertenencia de un plan de medicamentos, lo concreto era que había que darle medicamentos a la gente.

Esta acción, más allá de todo lo que pueda rescatar el actual responsable del Plan Remediar que escuchamos hace un rato, y visto después de unos años, fue muy pertinente hacerla en ese momento porque verdaderamente había un block out en nuestro país. No sé si todos recuerdan lo que fue el detenimiento de toda actividad en nuestro país a partir de la crisis de diciem-

bre 2001, pero a partir de ese momento Argentina entra en un estado de economía que implicaba de alguna manera provisión de servicios por un lado, y por otra parte tensión por el recurso que había estado literalmente planchado por los diez años previos.

La década del '90 se caracterizó por estabilidad por lo menos del punto de vista económico, un dólar valía un peso, no había inflación y en ese momento el poder pasaba básicamente por quien financiaba el sistema, y los prestadores de servicios pugnan por poder formar parte del sistema de prestaciones. Acá los tengo conmigo y creo que coincidimos en que más o menos era así: yo tengo plata y usted quiere prestar servicios, pero el precio lo fijo yo que soy el que tiene la plata. El prestador no tenía más opciones que ser lo que se llama en vez de formador de precios, tomador de precios, porque el precio se lo fijaba alguien más.

Tratemos de ver que sucedió en la medida que fue apareciendo actividad económica, y aclaro que voy a hablar por supuesto por mí, o de lo que me pasa a mí que trabajo en la seguridad social, y entonces me refiero a pacientes que tienen financiamiento asegurado, porque hay alguien que está pagando por sus prestaciones. Y esto es distinto al caso del público que subsidia la oferta. En la seguridad social en definitiva lo que venía pasando era que los que estábamos en seguridad social fijábamos un precio de transferencia de servicios, los prestadores lo tomaban, y listo. Si había plata dentro la seguridad social, la seguridad social brindaba servicios a buenos precios. La actividad económica generó básicamente el fenómeno de mayor inclusión de las personas con trabajo, que tenían obra social, y por tanto contaban con un financiamiento asegurado de sus prestaciones.

El pool de camas y el pool de servicios durante la década anterior, con los niveles de desocupación que había, había generado literalmente que se cerraran camas en nuestro país duran-

te 10 años. A partir de que los negocios ingresantes al sistema con financiamiento asegurado empezaron a tomar servicios, resultó ser que las camas no alcanzan. Estoy hablando del privado que presta servicios a la seguridad social. Y en ese momento empieza a subir el precio de la cama, en ese momento empieza la reivindicación del poder adquisitivo del salario médico y en ese momento empieza a parecer que hay oportunidades para nuevas tecnologías, todo lo cual ha generado inflación médica por llamarlo de alguna manera

Quiere decir que en este momento nos encontramos básicamente con un sistema que está puesto a tensión: por un lado estamos tratando de ver cómo hacemos para afrontar las prestaciones, y por otro lado estamos viendo prestadores que en realidad requieren más recursos por el mismo trabajo, con más la tecnología que determina prestaciones que todavía no tienen precio. Me refiero a que cada vez que hay innovaciones tecnológicas los primeros años hasta que se establece un estándar, esos precios están castigados por el fenómeno de la innovación, lo cual hace que sea más costosa la provisión de ese servicio.

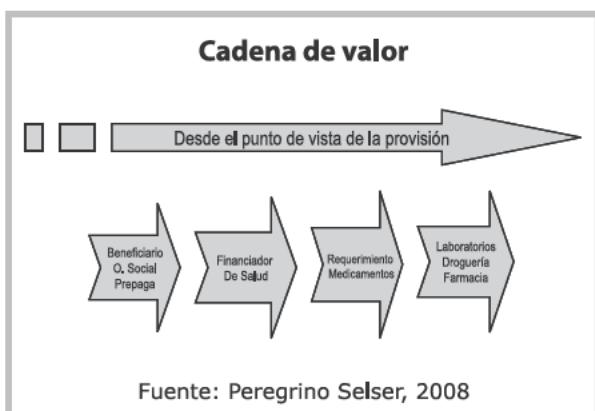
Con lo cual cuando a mí me dicen que haga una conferencia sobre financiamiento, compra e integración de servicios de salud, mi problema en este sentido es con quien me tengo que integrar. ¿Por qué? Porque tengo una dificultad en este sentido y es que para mí la primera integración sería de financiamiento. Me refiero a que hoy el poder desde el punto de vista de la prestación de servicios de salud, pasa necesariamente por el polo prestador, y el polo prestador tiene diez años de rencores acumulados, de cobrar reivindicaciones y de querer mejorar su nivel adquisitivo. Con lo cual hoy hablar con las corporaciones médicas es muy difícil, porque en realidad lo que va a pasar en términos de tensión por el recurso, es que estas son posiciones de poder muy fuertes que están queriendo reivindicaciones que son iguales a las reivindicaciones que se escuchan en la calle: mayores honorarios, reivindicación social que venía muy golpeada, y de alguna manera un nuevo estándar de vida generado

por el hecho de que lo que brindan es hoy un bien escaso. ¿Por qué es escaso? Porque no hay camas, y porque si no hay camas el valor de la cama lo pone en definitiva el dueño de la cama, y le va a seguir subiendo el precio hasta que haya alguien que le diga basta.

La integración en el financiamiento y compra de medicamentos

Vamos ahora a hablar del medicamento y por qué las decisiones de integración o no. Entiendo que a mí como financiador me corresponde la decisión de integrarme, es decir, como financiador tengo que tomar una posición al respecto. Entonces me pregunto por la cadena de valor.

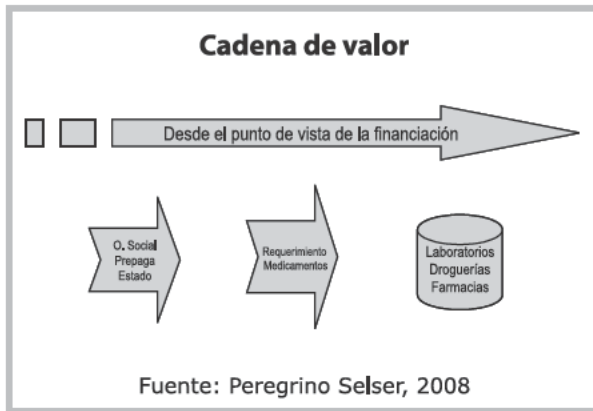
¿Cómo fluye la cadena de valor en el sector de provisión del medicamento? Esto podemos enfocarlo desde el punto de vista de la provisión y desde punto de vista de la financiación.



Desde el punto de vista de la provisión, hay un beneficiario de obras sociales o prepagas, y me van a disculpar el sesgo pero pertenezco la seguridad social donde básicamente hay personas con financiamiento asegurado y no necesariamente estatales, me refiero a las obras sociales provinciales que no están alcanzadas por el régimen nacional de la leyes 23660 y 23661, y ahora hay un intento básicamente por regular la actividad de las prepagas, que vamos a ver en qué termina porque salió muy rápidamente de la Cámara de Diputados pero luego no entró con la misma celeridad con qué salió a la Cámara de Senadores.

Desde el punto de vista de la provisión entonces, hay un beneficiario de obras sociales o de prepagas que de alguna manera se presenta en el financiador de salud, tiene un requerimiento de medicamentos, y a partir de ese requerimiento de medicamentos necesariamente se recurre a un laboratorio o una droguería, o a las ventas al *retail*, o sea lo que serían los puntos de venta en farmacias.

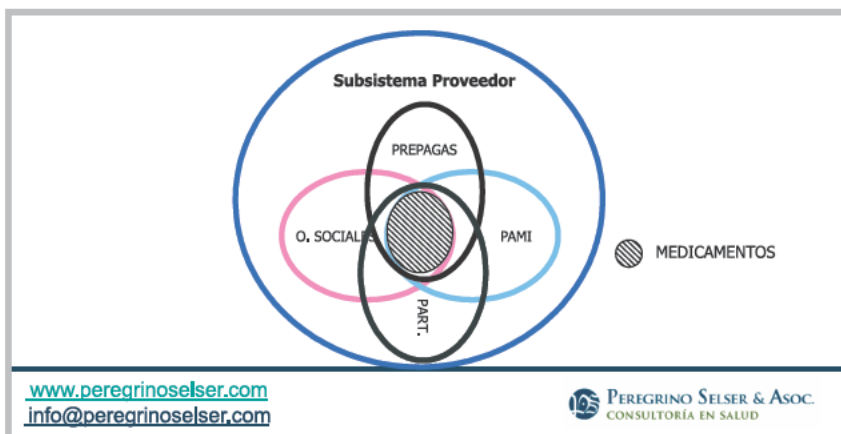
Desde el punto de vista de la financiación y sin contar las fuentes, el problema aquí es que esos tres: jugadores: laboratorios, droguerías, y farmacias compiten entre sí por la misma aten-



ción de la provisión de medicamentos, con lo cual asimismo se producen colisiones de intereses dentro de sector proveedor en este punto.

Los que antes era pensado como que en definitiva daba oportunidades, en el sentido de que hubiera competencia en el sector proveedor, en realidad ha cambiado. Aclaro que no es el caso de los medicamentos, pero sí se da en otros lados o en otras prestaciones, donde lo que se observa es que en lugar de competir los proveedores en realidad se han reunido o se han colisionado, de manera tal de generar una posición fuerte donde más o menos todos dicen lo mismo y donde todos demandan, porque es como si hubieran entendido que se trataba no de competir entre ellos sino de demandar más recursos al sistema financiador.

Compra de medicamentos



El cuadro de arriba creo que es familiar para todos. Es lo que se puede ver esquemáticamente cuando uno mira una farmacia, y en definitiva cómo vende y qué vende. Los que compran medicamentos son estos cuatro actores: las prepagas, el PAMI, los particulares y las obras sociales. Todos compran allí, por eso me parece que nuestros amigos extranjeros en este sentido no lo terminan de entender. Es decir, todos compramos en el mismo lugar y compramos el mismo producto, y sin embargo las políticas de compra y el precio que terminamos pagando por el producto no es igual. Esto para mí es una de las debilidades que tiene nuestro sistema de salud desde el punto de vista del diseño. ¿Por qué? Porque si todos compramos en el mismo lugar y si todos compramos el mismo producto, la diferencia de precio, o lo que se llama arbitraje ¿por dónde pasa? Porque necesariamente cuando nos encontramos en ese punto, nosotros que tenemos plata y que somos de alguna manera financiadores, en última instancia no coordinamos actividades, y entonces el arbitraje resulta ser una asimetría más del sistema.

¿Cuál era el enfoque previo? Pensemos en una cuenta de resultado cualquiera, y sin complicarnos demasiado pode-

mos decir que desde el punto de vista del que paga por cotizaciones o por venta de cuotas, de alguna manera eso que factura se llama ingresos, y los costos variables serían las prestaciones, no importa si son medicamentos, prótesis, internaciones, discapacidad o cronicidad. Cuando uno toma lo que factura y luego le quita lo que gasta, tiene un concepto contable que se llama contribución marginal, porque es lo que contribuye para pagar el resto de los costos.

En el proveedor la cuenta es exactamente igual, una farmacia, una droguería, un laboratorio, dicen: «*Lo que yo facturo es en definitiva mis ingresos, pagaré lo que me cuesta dar los servicios y el resto es contribución marginal*». El único problema que tiene este tema es que los costos variables de uno terminan siendo los ingresos variables del otro, por tanto cuando el sistema financiador necesita de alguna manera bajar los costos porque los ingresos no le dan, lo que están diciendo es que le van a bajar los ingresos al sistema proveedor. Y el sistema proveedor dice: «*Mi única manera de poder afrontar los costos es que me entre más dinero*», en cuyo caso verdaderamente éste es un sistema que propende necesariamente a la tensión por el recurso. Y esto es lo que genera sendas oportunidades de negociación de todo tipo dentro de la cadena de valor del sistema de salud, no importa si se trata de medicamentos, si se trata de insumos o si se trata de provisión de servicios.

Con esta figura intento graficar lo que pienso que venía siendo el enfoque previo. Porque lo que dice el prestador al proveedor es que le



está dando mucho, muchísimo dinero, y en realidad es así, y que no tiene más plata, porque el gobierno no le da, o las paritarias lo dejaron planchado, etc, etc... Y por su lado el proveedor de servicios dice que no es serio, que eso no alcanza ni para empe-

zar, etc, etc. Y sin embargo esa conversación entre la máxima tensión de lo que representa el máximo esfuerzo de sistema pagador respecto de lo que le entra al sistema proveedor, es como muestra el gráfico: es en al final una cuestión de percepciones, porque claramente el sistema de transacciones no permite transparentar la cadena de valor. Ahora, ¿Cuál es en definitiva el argumento del financiador? «*No tengo más.*» ¿Y que dice en última instancia el proveedor? «*No me alcanza, de veras ayúdame porque mis ingresos dependen de lo que me des, y de verdad no puedo resolver el problema que me viene detrás de esta conversación*».

Entonces, ¿Cuál es el **enfoque actual**, que es lo que yo creo que de alguna manera justifica la integración? Es: «*Hagamos al revés*» Si nosotros nos mostramos transparentes, mostramos los recursos y esto lo transformamos en información, y el dinero de alguna manera lo distribuimos con equidad, lo que va a pasar es que trataré de integrarme con mi proveedor y para evitar hablar de mucho y poco y para que la asimetría no sea complicada, voy a intentar pedirle que de alguna manera me ayude a gestionar el riesgo, y comience a formar parte de la solución al problema de medicamentos que yo encuentro como agente del seguro. Y esto es algo que hice en Santiago del Estero, aunque parezca que le estoy haciendo la propaganda a FEFARA...

Es decir, en lugar de discutir si ponemos más o menos dinero, se trata de estar de acuerdo con que éste es el dinero disponible y empezar a negociar. Por ejemplo decir que no me facture más diabetes, amputaciones de miembros o hipertensión, lo cual me hace recordar a lo que decía recién mi colega en cuanto a que le iba a pagar por un concepto, que era un beneficiario con diabetes y no por cada uno de los incidentes de salud de un beneficiario con diabetes, porque es detrás de ese argumento que se ha reclamado valor tremendamente dentro del sistema de salud, y ni hablar con la aparición de nuevas tecnologías. La idea que yo por lo menos, percibo, es que el punto de

la integración tiene que ver con dos cosas: primero con hablar de manera transparente con el sistema prestador y decirle que los recursos disponibles son éstos. Y a partir del momento que yo se los transfiero, espero del otro que me ayude a resolver la situación que tengo con los medicamentos. Digamos que no tengo ganas de competir con él por la plata, porque poco o mucho es una subjetivación.

Por otra parte, me parece que a partir de esto tenemos mayor equidad en la cadena de valor, de manera que el proveedor participa activamente y yo como financiador que posee el recurso, tomo la decisión de poner el manejo o la gestión en las manos de las personas que más saben de esto. ¿Por qué? Porque mis aptitudes para poder manejar un renglón específico de la prestación de salud como sería medicamentos, odontología, provisión de prótesis o alta complejidad intervencionista en neurocirugía, chocan con una verdad concreta y es que yo no tengo las capacidades, y no puedo saber si lo estoy haciendo correctamente o no. Lo que sí sé, es que en la medida que rehuyo a la integración, que se llama integración vertical en este sentido de transferir decisiones y presupuesto hacia abajo, y no me alinee con otras obras sociales o con otros pares, con toda seguridad puedo augurar que voy a encontrarme con un problema en este sentido. ¿Por qué? Porque las demandas son infinitas y de eso se trata la economía, de poder adecuar los recursos finitos a infinitas demandas. En la medida que a nosotros nos vaya bien económicamente, que tengamos cierta previsibilidad y que tengamos superávit, va a estar todo bien. El problema aparecerá cuando ante alguna coyuntura o situación de distinta naturaleza, que como bien sabemos el país nos la da cada diez años más o menos, no sabemos entonces qué va a pasar con nosotros o con la totalidad del sistema.

De alguna manera el enfoque actual es que los problemas y los gastos son de todos los que participamos en esa cadena de valor, y de esa manera con la integración aparece más protagonismo y más equidad entre los proveedores de servi-

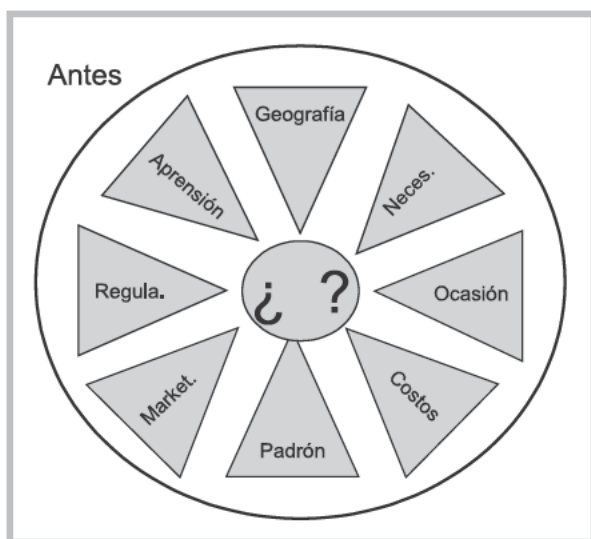
cios, sobre todo los que están en las regiones y en las localidades donde está la gente. Por eso creo que uno de los problemas que hay que poner siempre en la agenda es qué hacemos con las barreras geográficas que tiene Argentina. Nosotros, mal que nos pese tenemos una geografía, y no es lo mismo lo que pasa en Santiago del Estero o Tucumán, que lo que pasa en Santa Cruz o Usuhaia. Y si además se legisla desde la Ciudad de Buenos Aires, no hay forma de comprender esos universos, porque son totalmente diferentes. Si este tipo de cuestiones lo escucho por ejemplo como es el caso, entre Rafaela o Venado Tuerto y Rosario o Santa Fe, es de imaginar lo que será desde la Capital Federal y Río Cuarto...por decir algo.

El tema es que cada vez que nos presentamos a prestar servicios, a brindar prestaciones en una localidad o un área determinada, nos encontramos con algunas dificultades, que no son muchas pero requieren de algunas cosas: de un cierto *know how*, o sea hay que saber, hay que gestionar, se necesitan sistemas de información territorial, liderazgo, herramientas y alianzas con la industria. No es tan difícil, son cosas que están disponibles y se consiguen en la Guía Peuser.

O sea que este tipo de dificultad geográfica no es algo digamos insalvable. Aún en el caso que oíamos recién, donde al menos hablamos de una provincia, igual el problema aparece por ejemplo entre la gente que vive en el lugar donde se atiende y los que de alguna manera son extraterritoriales a ese punto de atención, ya plantean el problema. Cabe imaginar lo que puede ser en lugares menos urbanizados, por ejemplo de un lado y del otro de los valles de Catamarca, donde claramente son realidades totalmente disímiles, son dos mundos distintos. De hecho las barreras prestacionales simplemente aparecen por no poder pasar al otro valle, aunque no existan o no estén planteadas como tales. Cuando a mí me dicen o me preguntan cómo hago una red prestacional a nivel nación, cómo hago para superar las dificultades, mi respuesta es que yo tengo todo esto que mencionábamos antes: *know how*, gestión, sistemas de información

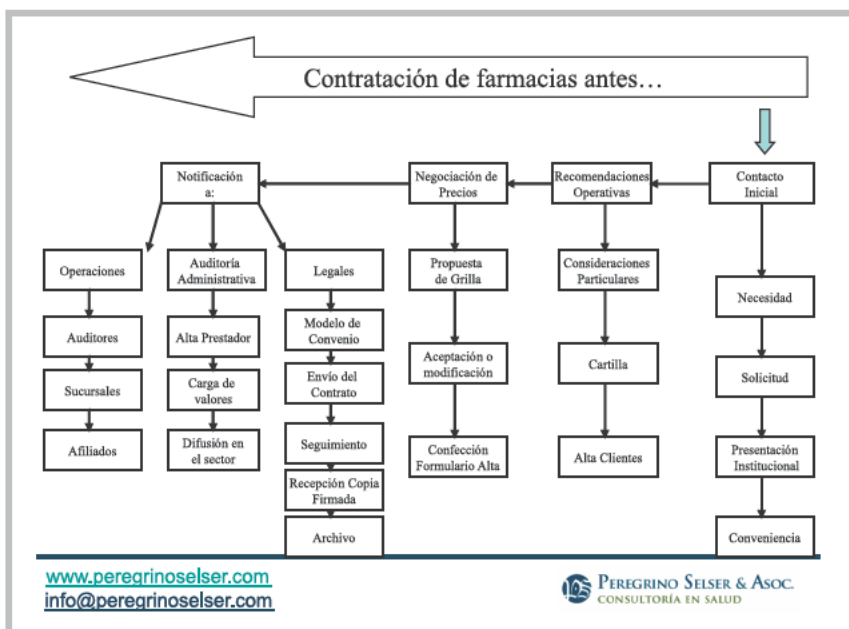
territorial, liderazgo, herramientas y alianzas con la industria. Todos estos renglones hay que tenerlos porque lo contrario ya implica ineficiencia, y esto es letal en un sistema que además está al borde del colapso como sistema.

Si miramos el gráfico, todas esas razones que se ven a la derecha dentro de la torta es lo que conforma la contratación de un prestador específico: geografía, necesidad, ocasión, costos y padrón, marketing, regulación y aprensión. Todo



esto es lo que interviene cuando un agente del seguro toma un prestador en algún lugar del país. Y cuando sucedieron todas estas cosas que están en el gráfico de la derecha, uno desencadena un mecanismo que es sencillo hasta desde el punto de vista administrativo.

Este cuadro que muestro a continuación, apunta simple y crudamente a mostrar lo complicado que es incorporar una farmacia en Salta Capital desde el punto de vista de una institución. Es un viaje de ida gigantesco, da miedo imaginar lo que sería con un programa nacional... Simplemente cuesta imaginar desde el comienzo de esta planificación, hasta que alguien vaya a esa farmacia con una receta y le den el medicamento que buscaba, luego de mirar si está o no incluido, cuál es la bonificación, la acreditación del beneficiario, etc, etc. Francamente, mirando el cuadro uno diría que es imposible.



Saquémoslo del mercado de medicamentos, porque puede ser injusto, y pensemos por ejemplo en la provisión de una prótesis de rodilla, o de cadera cementada, o una cirugía laparoscópica con sutura mecánica y que el aparatito esté en manos del cirujano el día que estaba programada la cirugía... Es un milagro. Pero la verdad es que es un milagro que hacemos todos los días los que gestionamos una obra social.

Y este tipo de cosas muestran lo tremendamente complicada que es la gestión de la salud en nuestro país. Hay fragmentación de prestadores, hay fragmentación de necesidades, hay colisión de intereses... pero es nuestra realidad, nuestro lugar de trabajo y creemos que es posible hacerlo y hacerlo mejor. Porque si no hacemos nuestra parte, nos sentamos como observadores pasivos y contamos la historia que escribieron otros, y la verdad es que algunos preferimos el protagonismo, y quizás en lugar de la sospecha a veces debería primar el respeto por las personas que todos los días se levantan para poner en marcha este sistema.

Entonces logramos con las integraciones, y con el caso de la FEFARA en particular, y con el liderazgo que ejerce Manuel Agotegaray, una manera, una forma de hacer las cosas mejor, de hacerlas bien y a satisfacción de todos los que participan en esa situación.

¿Qué logré yo a partir de trabajar de manera integrada? Logré procedimientos homogéneos, una sola negociación, ahorro de costos, menor burocracia, un cliente atendido por sus dueños, concentración en lo que sabemos, información relevante y riesgo compartido.

Por ejemplo, puedo contar que la Superintendencia sacó hace poquitos días una resolución diciendo que tenemos que aumentar a los prestadores el 15% ahora y el 10% en enero. Yo leí toda la resolución, y en ningún lado nos dice de dónde vamos a sacar la plata. Yo no lo sé, pero lo que sí se es que con esa resolución, los prestadores me van a pedir ese aumento, esa plata. Es una locura...

Entonces el hecho de tener una negociación en el sistema de medicamentos, que sea una por año y que tenga que ver de alguna manera con la provisión de servicios a satisfacción de los beneficiarios, con contención de costos, porque yo no soy bueno administrando medicamentos, y la posibilidad de tener una conversación con las autoridades de la FEFARA, donde pueda decirles que para este año lo que puedo ofrecerles de aumento es tal cantidad, obviamente que para nosotros como financiadores es aliviante.

Antes, si me hubieran hecho esa oferta hubiera dicho que no, que las farmacias las contrataba yo, que mandaba a alguien a Salta sencillamente para que contratara las cuatro farmacias que rodean la plaza. Y en cambio hoy me parece posible porque tengo un interlocutor del otro lado, cosa que no tenía antes.

Todo esto de la integración, como señalé antes implica ahora también menor burocracia, clientes atendidos por los dueños, porque en definitiva son los dueños de las farmacias los que lo hacen, esto nos evita distraer esfuerzos y concentrarnos en las cosas que en definitiva son nuestro metier, y uno de alguna manera está más relajado porque sabe que de este tema que como vimos era más que complejo, se están ocupando los que saben. Y las otras dos cosas no menores es que me dan toda la información relevante, y por fin el riesgo está compartido entre los dos jugadores del sistema.

No obstante, cuando uno va y le quiere transmitir a prestadores de salud este sistema, no todos están dispuestos. Cuando se les pregunta por qué, la respuesta es que ellos quieren cobrar por cada vez que muevan un dedo o tomen una decisión antes que por el tema de las patologías. En definitiva se trata de un problema de tensión por el recurso y de una discusión que gira en torno del poder adquisitivo de las personas.

Para dar una idea de cómo funcionaba antes, la dirección en que había que andar era: farmacias, cadenas, colegios y federaciones. Y por ejemplo nosotros entonces trabajábamos directamente con las farmacias, o a lo sumo con cadenas. Ahora directamente trabajo con la FEFARA, y yo dejo a la FEFARA que reniegue con todo lo demás y me ahorro disgustos. Y esto, a mi modo de ver da como consecuencia que allí aparece el verdadero sentido de la integración, porque todos, farmacias, cadenas, colegios, FEFARA y nosotros, todos formamos parte del problema de la provisión del medicamento.


Estamos todo el tiempo tratando de encontrar este tipo de integración, y no en medicamentos que no forma parte de los grandes problemas de este sistema. Voy a ser cuidadoso con esto, pero quiero decir que hoy no es medicamentos lo más importante, no comparando medicamentos en ambulatorio con medicamentos de enfermedades especiales. Hoy me parece que

el problema está pasando por otro lado. Y veámoslo a través de los números. Los del cuadro de abajo son números que pueden ser de cualquiera de las obras sociales, yo trabajo con varias obras sociales y en este caso tomé un ejemplo paradigmático para dar una idea de lo que quiero decir.

Todos los planes, todo país - Medicamentos por Excepción y APE							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total Farmacias
Total por Mes	\$ 889.917,74	\$ 935.771,08	\$ 988.185,17	\$ 982.625,05	\$ 868.600,55	\$ 1.239.738,73	\$ 5.904.838,32

Medicación al 40% + 70% + 100%							
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Total Farmacias
Total por Mes	\$ 226.626,05	\$ 231.663,10	\$ 249.052,94	\$ 330.319,34	\$ 287.559,52	\$ 226.595,87	\$ 1.551.816,82

www.peregrinoselser.com
info@peregrinoselser.com

 PEREGRINO SELSER & ASOC.
CONSULTORÍA EN SALUD

Puede verse que el gasto de medicamentos que corresponde a patologías especiales y enfermedades protegidas, va más o menos en el orden de los \$6.000.000 en el semestre. El costo de medicación ambulatoria, que se vende en farmacias y que corresponde a descuentos del 40%, 70% y 100%, redondeando corresponde a \$1.500.000. Esto es para una obra social más o menos mediana y por el curso de 6 meses. Salta a la vista: 6 contra 1,5, y esto claramente quiere decir que la conversación no está pasando por el punto de venta al detalle, o dicho de otra manera, por las farmacias. El problema está en los medicamentos de patologías especiales, y ahí sí es un problema importante. Pero no lo es a nivel ambulatorio, con la medicación con que se atienden el 80% de los problemas de las personas que caminan por la calle, sino en las patologías que el Estado decidió proteger.

Si nosotros tomamos el caso de una obra social que tuviera el beneficio de poder descontar estos montos de gasto de medicamentos especiales en el APE, y recuperara el 80% del monto, porque el APE no paga el 100% de las prestaciones porque siempre hay una merma, sea porque tiene topes o porque es sometido a un proceso de auditoría, si pensamos que nos devolviesen el 80% de esos 6 millones de pesos, el gasto de medicamentos especiales aún seguiría superando el costo del medicamento en ambulatorio.

Es cierto que como me acotan aquí desde la audiencia, que esos 6 millones de pesos están generados por medicamentos de alto costo y baja incidencia sin ningún control de precios, y eso puede ser visto como un cuello de botella. Y en mi opinión, el mejor partido que se está jugando en Argentina lo está jugando la industria. Pero en realidad cuando en una de las reuniones donde nos juntamos todos los financiadores de la seguridad social y que de alguna manera a veces parece un grupo de autoayuda donde lloramos y nos palmeamos entre todos, me preguntaron cómo veía la idea de hacer un nomenclador de prestaciones de la seguridad social, una cuestión que yo veo es que los médicos, que ejercemos una profesión liberal, tenemos el problema verdadero de que no queremos que nos pongan aranceles. Quizá no sepamos exactamente cuánto vale nuestro servicio, pero sí sabemos que tenemos el mismo derecho de reivindicar cuánto ganamos que un trabajador textil. Sólo que en vez de las paritarias tenemos este tipo de situaciones que estuvimos viendo. Y creo que el hecho de que el Estado fije cuánto vale una medicación para una enfermedad de alto costo y baja incidencia es una cuestión que con mucho me excede a mí. De hecho cuando el APE dice por ejemplo cuánto va a pagar por un tratamiento por HIV, está poniendo un valor de referencia. Y la reflexión de fondo, y lo que sí sé, es que la industria es una fuerza muy poderosa, que trabaja de modo rentable hace muchos años y en muchos continentes, de manera tal es que no me imagino precios máximos. Me imagino más bien en todo caso precios de referencia.

Conclusiones

Voy a terminar con algunas conclusiones personales. En primer lugar a mí me parece que todavía en Argentina falta cultura de integración.

El sistema prestador lo aprendió mejor y antes que el sistema financiador. Los colegios médicos, las asociaciones profesionales, las asociaciones de clínicas y sanatorios, hoy discuten sus convenios de manera homogénea con todos los financiadores. Los financiadores vamos y discutimos solos, vaya a saber por qué. Por ejemplo de todos los financiadores de obras sociales de Santa Fe, que por ahí tenemos unos 30.000 beneficiarios, vamos de a uno, a veces con apenas 1000 beneficiarios, a negociar con todas las clínicas y sanatorios de Santa Fe. Y nos golpean y nos maltratan, y en definitiva nos sacan lo que quieren y nos matan... El sistema prestador aprendió y el sistema financiador no aprendió.

También todavía no se entiende, acaso por un tema de desconfianza a largo plazo en la Argentina, que además de hacer la integración proveedor – financiador, todavía hay que hacer lo que hablábamos antes de lograr integración en la cadena de valor. Y esa es una deuda que yo considero que está pendiente.

Desde el punto de vista del financiador la integración no es una moda, un capricho o un negocio. La integración es una necesidad si se pretende gestionar adecuadamente el acceso y la provisión de medicamentos.

Lamentablemente, y lo digo por mí que antes no contemplaba este tipo de estrategias, llegamos tarde a esta conclusión, debíamos haber comenzado antes, aunque también hay que poner sobre el tapete que probablemente las personas que estaban antes no son las que están hoy. Me refiero a que para que algo cambie tiene que haber dos partes involucradas, no sólo la decisión política de ir detrás de una cuestión determinada, sino que además nos acompañe el que nos va a hacer de socio estratégico, que es el que presta el servicio.



MESA Nº 8

Economía Política de la Financiación Sanitaria

Coordinador: Farm. Miguel Osio

El tema que nos convoca es la Economía Política de la financiación sanitaria, y para abordarlo tenemos dos expositores, quienes lo desarrollarán desde un ángulo diferente. En primer lugar va a hablar el Dr. Carlos Vasallo, quien va a plantear un marco referencial sobre este tema de la financiación sanitaria en el contexto de la Economía Política. Nuestro primer expositor va a hacer una narración histórica, va a fijar un marco referencial y de algún modo va a indicar quiénes participan y quiénes detentan el poder real en esta cuestión de la financiación sanitaria.

En segundo lugar y dentro de ese marco, el Dr. Ernesto Báscolo va a hacer una referencia a cómo se ubican el medicamento, el acceso al medicamento, y la financiación del medicamento en ese contexto y también dentro del marco teórico de la Economía Política.

El Dr. Ernesto Báscolo es economista, Master en Salud Pública, con título otorgado por Instituto de la Salud Juan Lazarte

y Master en Economía de la Salud y Políticas de Salud egresado de Birmingham. Se desempeña como Director de la Maestría en Gestión y Sistemas de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Rosario, Instituto Lazarte, Coordinador del Departamento de Economía de la Salud del Instituto Lazarte, e Investigador de la Universidad de Sherbrooke, Canadá.

El Dr. Carlos Vasallo es Contador Público Nacional por la Universidad Nacional del Litoral, posee un Postgrado en Economía y Gestión en Salud de la Universidad de Bocconi de Milán, Italia. Es actualmente Profesor Titular de la Escuela de Sanidad de la Universidad Nacional del Litoral, Profesor de la Cátedra de Economía de la Salud en la Universidad de San Andrés de Argentina y Profesor Invitado de la Universidad de Bolonia (Sede Bs. As.) y de la Universidad Suizo Argentina de Lugano. Se desempeña además como consultor de organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo.

Un Análisis de la Financiación Sanitaria desde la Economía Política

CPN Carlos Vassallo

Introducción

Como siempre muchas gracias por la invitación a integrarme a una de las Mesas de estas Jornadas. La idea de plantear en esta Mesa la cuestión de la Economía Política es fundamentalmente retomar una unidad de análisis diferente del sistema de salud, de la que muchas veces hemos estado utilizando básicamente durante los años los '90, en donde desde la Economía hubo un análisis si se quiere más cuantitativo.

La Economía ha tenido la virtud en su momento de apoyarse en dos ciencias que le dan una fortaleza teórica importante, una es la Matemática, que ha dado origen a la Econometría y que a su vez generó análisis desde el punto de vista cuantitativo, que de alguna manera muestran con solvencia y bastante eficacia algunas situaciones, y la segunda es la historia, que ha permitido hundir y mostrar los hechos. Entonces lo que yo voy a hacer hoy es apoyarme en la historia para poder hacer una lectura, donde voy a tratar de evitar el sesgo, pero reconociendo que ese sesgo uno lo va a tener siempre en el momento en que está opinando sobre el tema. Sabrán disculparme entonces en ese sentido, realmente he preparado esta presentación con toda la convicción de poder ser lo más objetivo posible, pero siempre en cuestiones de política van a aparecer algunas imperfecciones y algunas miradas que forman parte de la historia personal del que las plantea, y de la forma en que cada cual mira el tema.

La **Economía Política** son aquellos estudios interdisciplinarios que se apoyan en la economía, la sociología, la comunicación, el derecho y la ciencia política, para entender cómo las instituciones y los entornos políticos influyen la conducta de los mercados. Comprende las teorías que estudian las relaciones entre la economía y el poder político dentro de los estados.

Intentaré un enfoque orientado fundamentalmente a un estudio, un planteo de las relaciones económicas a partir del poder político de los distintos actores. No voy a tener tiempo para profundizar sobre cada uno de los actores, y dentro del sistema de salud argentino me voy a concentrar sobre aquel que a mi juicio es el actor con mayor poder de veto y con mayor capacidad e iniciativa política, que es el sector sindical de la Argentina. Éste es un tema difícil y del cual se habla mucho, pero no es algo común abordarlo, y menos cuando se busca discutir el tema objetivamente, y de alguna manera hacer una lectura válida del mismo.

Mapa del poder e historia del sistema de salud argentino

Vamos a tratar de establecer un poco cómo es el mapa del poder y de la historia, cómo se fue gestando esa compleja trama de fondos de enfermedad obligatorios y voluntarios, entrelazados con sistemas públicos fragmentados de atención de la salud, que desemboca en un sistema de salud como el que tenemos en Argentina hoy, que ha sido muy bien definido por todos los que me precedieron como un sistema muy complejo, muy intrincado y con mucha fragmentación.

Yo siempre digo que un país que se permite hacer lo que hizo Argentina a partir de los años '50 ó '60, cuando era un país que tenía una determinada mortalidad, muy parecida a la de Costa Rica, se debió a que era un país que en cierto modo tenía una red que permitió que se pudiera equivocar en el transcurso

del tiempo, porque sabía o intuía que tenía una base sobre la cual sustentarse.

Esa base en primer lugar incluye unos recursos naturales que cuando uno va a cualquier otro país del mundo no son fáciles de encontrar, y la Argentina los tuvo desde muy temprano, casi desde su nacimiento. Esto incluye recursos humanos calificados a partir de una universidad como la que tuvo la Argentina durante los años '50 y '60. Podemos decir que había una cantidad de aspectos que configuraban una verdadera red, y que permitieron de alguna manera que después la historia nos fuera llevando y piloteando. Por supuesto que esta historia y esta trama a partir de la cual se termina articulando el sistema de salud argentino, no está exenta de las interrupciones democráticas. Ayer vimos el caso de un país como Brasil, donde los militares adoptaron una decisión que fue la unificación de los fondos del financiamiento de los institutos, y voluntaria o involuntariamente, a partir de ahí se tomó una decisión que sentó las bases de lo que después iba a ser el sistema nacional, el sistema único de salud. En Argentina los militares actuaron en otro sentido, y ya vamos a intentar luego una lectura de lo que hicieron en el área de salud.

1946-1955

Vamos a remitirnos ahora al año **1946**, que es cuando se crea la Secretaría de Salud Pública, donde Carrillo es el primer Secretario, antes que se creara el Ministerio de Salud propiamente dicho. En Carrillo, Perón encuentra a una persona muy capacitada para llevar adelante este proceso y que encajaba idealmente en el contexto sanitario del momento. Para ubicarnos, recordemos que para esa época (1946) el Informe Beveridge en Inglaterra daba origen al NHS, que se definía entonces como «*Un amplio servicio nacional de salud que asegurará a todos los ciudadanos, todo tratamiento médico que necesite en la forma que lo necesite, a domicilio o institucional*». Es decir que este político inglés, Beveridge, hace entonces para esa época un in-

forme clave que unos tres años después, en 1949, daría origen a un sistema tan paradigmático como el *National Health Service* británico (NHS). Y la misma expresión de Beveridge respecto a lo que haría el NHS, explicitaba una cobertura universal que aseguraba la atención de la salud de los británicos desde la cuna a la tumba, para usar una expresión común entonces.

Para esos años, Argentina todavía no había asumido la salud verdaderamente como un derecho, porque la Reforma Constitucional de 1949 no especifica claramente el derecho a la salud. Yo creo que allí Carrillo dio un impulso muy importante al sector público, y por ejemplo hubo un crecimiento de la cantidad de camas instaladas para llegar a una cifra relevante de 140.000 camas, de las cuales 80% son públicas. Porque hasta ese momento Argentina sobrevivía con la beneficencia y con un modelo organizativo muy disperso, con la demanda privada del beneficiario que iba y que le cambiaba al médico unos pollos o lo que tenía para que lo atendiera, y el médico aparecía de alguna manera como el que equilibraba esta situación.

De Carrillo hay que decir algunas cosas centrales. Era un ministro que tenía clara conciencia que el derecho a la salud en cuanto «derecho como prestación», requería una clara explicitación sobre el modo en que se iba a financiar esta estructura de servicios. Y hay una cita textual de Carrillo que dice lo siguiente: «*La salud pública tiene un precio y todos debemos pagarlo*». Entonces él propone crear un impuesto sanitario, de tal modo que el Fondo Nacional de Salud Pública sea un fondo indiscriminado y sin obligaciones específicas, y que se constituye indirectamente en el momento de la prestación. Y establece que es sin obligaciones, porque si se establecían obligaciones de pago eso podría llegar a ser muy impopular, porque el concepto de gratuidad del servicio era ya en la Argentina una convicción y un hecho político imposible de desarraigar, al que Argentina ya se había ido acostumbrando durante esos períodos que estamos hablando y que arrancan en la década de que va desde 1946 a 1955.

Y finalmente algo que Carrillo agregaba y que es la marca característica del estadista, era que *«la salud pública es una buena inversión y a la larga resulta un gran negocio para la economía, como se ha demostrado con cifras concluyentes»*. Y esto es así porque un pueblo sano, un pueblo innovador, creativo y que está en buenas condiciones de salud, es también un recurso humano, es capital humano que sirve a una economía que crece y que se retroalimenta. Por supuesto que esto no significa generar una patente de corso que diga que todo dinero que se pone en salud es dinero bien gastado, hay mucho dinero que se pone salud que es como tirar margaritas a los cerdos, y que no mejora en absoluto los resultados finales. Y el único salvoconducto que tiene alguien que hace una inversión de esas características para no quedar frente a la realidad como alguien que utilizó mal el recurso, es que en la Argentina y en muchos países del mundo no se mide, es decir no podemos identificar cómo medir los beneficios que tiene un sistema de salud y cómo invertir en cada uno estos sectores.

En mayo de 1954 veníamos con un presidente Perón que estaba apoyado en dos sectores: por un lado un técnico como Carrillo que decía esas cosas que acabamos de señalar, y por otro lado estaba apoyado en un sector sindical importante, naciente y que se estaba fortaleciendo. Entonces, Perón en 1954 va a inaugurar un Policlínico para los Ferroviarios, y pensemos que entonces la Obra Social de Ferroviarios era la obra social que tenía servicios de prestación de salud más extendidos de la Argentina. Era quizás la única obra social que había optado por la integración vertical y empezaba a tener prestadores propios, al igual que ahora está sucediendo con muchos aseguradores, que en algunos casos empiezan a tener prestadores propios por primera vez.

Y esto es lo que Perón dice en el discurso de inauguración del Policlínico Ferroviario de Puerto Nuevo: *«... queremos que en este Policlínico impere el mismo concepto que en los demás policlínicos sindicales que se están levantando en todo el territo-*

rio de la República. No queremos para nuestros trabajadores una asistencia en los hospitales públicos, queremos que tengan sus propios hospitales, porque no es lo mismo pedir albergue en un hospital de beneficencia que atenderse en su propia casa»

Eso lo dijo en mayo, y en julio de ese año renunció Carrillo. Claramente al final hay una definición política. Quizás uno podía decir que Perón era en realidad una persona que intentaba abarcar todo, y que se movía o accionaba con un movimiento pendular; entonces podía tener a Carrillo y también podía tener una tendencia hacia la seguridad social entendida a partir del poder sindical. Pero ésta es una definición clara de Perón al final de su período, porque poco después en el '55 se va a producir el golpe que lo saca del poder, y es una definición importante donde se avizora una inclinación hacia la seguridad social.

1955 - 1966

Van a pasar después diez años, desde 1955 a 1966, en realidad once años en donde de alguna manera es como que en el tema salud muchas de estas cuestiones entran en el freezer, especialmente las cuestiones de la seguridad social. Y se suceden una cantidad de gobiernos que son en algunos casos militares, o en otros casos como el de Frondizi y después en el caso de Illia son democráticos, y son gobiernos que están muy influidos por la mirada modernizante de los organismos internacionales, por ejemplo de la OPS. Entonces los discursos que prevalecen allí son discursos más del tipo federalista, y comienza un debate sobre el federalismo, y en particular la descentralización o más bien la transferencia sin recursos de los hospitales a las provincias, dentro de un enfoque técnico de la OPS orientado a *«intentos de modernización del sistema de salud pública»*

Se vuelve entonces a discutir sobre salud pública, y el sector si se quiere de obras sociales o de seguridad social queda todavía en este tiempo sin el aporte obligatorio. Es decir que

estamos todavía en un sistema que no había definido si iba a ir hacia un sistema público, o si iba a progresar hacia un sistema de seguridad social.

Se discute el tema de la autonomía de la gestión hospitalaria. Argentina convivía ya con algo que mencionó ayer Mario Rovere, que era una profunda inequidad en materia de ingresos per cápita entre una provincia y la otra. Argentina ya tenía en ese momento un ingreso por habitante por provincia muy inequitativo, entre la provincia más rica y la más pobre. La más pobre es base 1 en Argentina vs. 8,4 que es la provincia más rica, en tanto por ejemplo en Canadá la diferencia o el rango va de 1 a 1,7.

Y realmente uno puede hablar de federalismo y puede hablar de descentralización cuando estas brechas no son tan grandes. En caso de que uno quiera profundizar el federalismo, primero tiene que pensar cómo lograr generar un mecanismo de equilibrio para evitar esta cuestión de que si yo descentralizo completamente el proceso en una provincia, desde la óptica de la gestión seguramente voy a ganar cierto grado de eficiencia y mejores decisiones, pero desde el punto de vista de la equidad, la provincia que es más pobre va a tener cada vez servicios más pobres, y de alguna manera se va a terminar produciendo una fragmentación más profunda de lo que podría haber sucedido bajo otro enfoque. Y esas son cosas que de alguna manera deberían haberse discutido.

Hay que recordar que en este periodo y antes que terminara la década, en 1962 la CGT ya empieza a hablar en nombre de las obras sociales, y entonces ya hace una declaración en donde incluía entre las demandas la defensa de las instituciones asistenciales de los trabajadores asfixiadas por los aranceles. Éstos ya eran tiempos en que proveedores y aseguradores de servicios comenzaban a litigar, y que los proveedores estaban bastante unificados alrededor de la Confederación Médica, que en ese momento tenía importancia y llevaba la voz cantante,

pero para ese entonces también las obras sociales se unificaron políticamente.

Y esto de la unificación en la CGT no es un tema menor, porque hace que la salud no se discuta en la Secretaría de Salud ni en el Ministerio, ni en la Superintendencia, sino que esta definición política de la CGT hace que la salud que maneja la seguridad social se discuta con el Poder Ejecutivo y se discuta con los empresarios en una mesa de negociación de alto nivel. Y es así que la salud pasa a ser como una especie de variable de ajuste que se termina negociando y que tiene siempre un negociador sentado a la mesa. Eso evitó que en su momento los militares pudieran hacer caer a las obras sociales, o que en el mismo proceso de desregulación iniciado por Menem, todo ese proceso de privatización impresionante que se generó durante los '90, inclusive del sistema previsional por no hablar del resto de las privatizaciones, sin embargo en salud se bloqueara casi todo lo que tenía que ver con la libre elección y un proceso de reforma.

1966-1973 Pacto Militar – Sindical

Vienen unos años fundamentales para lo que estamos analizando que es el período que va de 1966 a 1973. En 1966 se produce un golpe de estado que lleva al poder a un gobierno militar con un componente muy corporativo, y se produce un acuerdo muy importante militar – sindical, como consecuencia de lo cual surge una ley clave para la seguridad social que es la Ley 18610, que generalizó la obligación de que todo trabajador en relación de dependencia aportara a una obra social. Esa ley a mi juicio es fundamental, porque ese aporte de las obras sociales que antes era voluntario pasa a ser obligatorio por primera vez. Y partir del año 1970 y durante yo diría toda la década del '70, la seguridad social cubrió dos tercios de la población argentina, vale decir que era un sistema bastante amplio. Para ese entonces había algunas menciones al respecto, que planteaban que lo que debía hacer la Argentina era ir hacia un modelo se-

mejante al de Alemania y extender la cantidad de beneficiarios para cubrir el 100% de la población. Sería un modelo a la costarricense, pero sin tener un instituto único sino que se haría concentrando fundamentalmente en las obras sociales nacionales.

En medio de esta situación también empiezan a surgir obras sociales provinciales, con lo que cada gobierno comienza a tener su propia caja y empieza a haber una concepción de la salud como un fondo de financiamiento, como una pequeña caja que no siempre va a servir a los fines para los cuales estuvo creada.

También se crea en esa instancia un Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS) para coordinar, planificar y controlar la inversión, que después se llamó ANSSAL y que hoy se llama Superintendencia, que luego encomendó a las asociaciones profesionales con personería gremial el otorgamiento de prestaciones mínimas asistenciales a todos los beneficiarios (nomenclador nacional). Agreguemos que fue un organismo que nació con algunas debilidades, como por ejemplo no tener fuerza como para imponer reglas de juego o poder hacer cumplir esas reglas

En el mismo año y por eso también es importante, se produce un nuevo acuerdo militar - sindical en donde el INOS, que era la autoridad regulatoria de la seguridad social, sale del Ministerio de Salud, porque el Ministerio de Salud incomodaba, y pasa a la órbita del Ministerio de Trabajo donde los sindicalistas pasan a controlarlo. Y entonces como una muestra de afecto a los militares, los sindicalistas acuerdan aprobar una ley que en ese momento era la 19.032, que es la creación del PAMI, que sirvió a los objetivos políticos de Manrique que era en ese momento el ministro que le dio el aval a la Ley 18.610. Digamos que fue algo así como una especie de contraprestación, Manrique les dio la Ley 18.610 para que se financiaran a través de los mecanismos de aportes obligatorios, y a cambio Manrique recibió el INSSJyP, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, el PAMI, para que iniciara desde allí su campaña política.

El INSSJyP, o como todos lo llamamos, el PAMI, hizo algunas cosas interesantes en los años setenta y hubo una política innovadora respecto del enfoque, pero ello no quita que su origen sea éste que acabamos de señalar, que es un origen profundamente político y que lo marca. Y de hecho Manrique renuncia entonces a ser ministro de Lanusse, que era el presidente de ese momento, y se dedica a hacer su propia campaña política, pero ahora teniendo una base electoral bastante importante que eran los jubilados a los cuales les había dado una obra social propia, porque los jubilados hasta ese momento estaban distribuidos entre las distintas obras sociales de origen de su actividad, y a partir de allí pasarían a ser concentrados en el PAMI.

Durante ese periodo se produjo lo que Susana Belmartino llama la profundización del pacto corporativo, que significó un acuerdo entre las obras sociales y los proveedores que dominó ampliamente todos los años '70 y '80. Y hay que notar que acá no tenemos proveedores que defienden la salud pública, no nos equivoquemos respecto de esto. Acá, COMRA y CONFELISA y Clínicas y Sanatorios, jugaron también a que la Secretaría de Salud (porque en ese entonces no estaba el Ministerio de Salud), tuviera un rol menor dentro de la distribución, no fuera el árbitro de la relación y no liderara. Porque la realidad es que preferían sentarse a conversar y negociar con los sectores sindicales antes que vérselas con un Estado que podría llegar a inmiscuirse en esta especial relación, donde la CGT negociaba las condiciones generales, representando a las obras sociales frente a los proveedores y diferentes actores políticos.

Los sindicatos en Argentina no sólo discutieron las negociaciones salariales. La proscripción del peronismo y la presencia de gobiernos militares les permitieron negociar espacios de poder en salud, que son claves para comprender el funcionamiento del sistema. Entonces ahí en ese pacto corporativo entre los proveedores y las obras sociales que estaban saliendo, los proveedores tenían lo que querían que eran básicamente la libre elección y el pago por prestaciones, y a cambio de la libre elec-

ción y el pago por prestaciones, se acogían algunas solicitudes de los sectores sindicales. Eran momentos donde el nomenclador, la libre elección y el pago por acto médico dominaban la escena.

Recordemos también que se estaban viviendo unos momentos de gloria en materia de financiamiento, con una especie de oleoducto de recursos que llegaban a flujo continuo. Esto no es de extrañarse, si consideramos que para entonces Argentina tenía un dígito de desempleo, porque el desempleo era casi inexistente, la cantidad de gente que llegaba a la seguridad social era impresionante y se necesitaban recursos humanos para poder brindar las prestaciones. Claramente es un momento donde hay una solidez importante en el financiamiento.

1974 – SNIS (Ley 20.748)

Este es un momento importante, porque recordemos que en 1973, Argentina inicia nuevamente un período democrático que dura tres años, hasta 1976. En ese momento Perón vuelve de España y trae un ministro nuevo que se llama Liotta, un médico excelente que él había conocido, y que de alguna manera ingenuamente va a llevar adelante un proyecto de ley, que es la 20.748, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), del que después trataremos de ver algunas características.

Hay una anécdota que cuenta Mario Testa, que es un sanitarista argentino que trabajó de alguna manera en algunos temas del SNIS, aunque este Sistema Nacional Integrado de Salud tuvo si se quiere como líder del proyecto a Aldo Neri, que es un personaje que después vamos a recuperar hacia los años '80. Mario Testa le dice entonces al Ministro Liotta que tuviera cuidado porque este proyecto que estaba llevando adelante, que era un sistema nacional integrado de salud, podía traerle algún problema con los sectores sindicales que ya hacía unos cuantos años que estaban recaudando. Entonces Liotta le responde que eso no iba a ser así, porque los diputados que estaban en el

Congreso eran peronistas e iban a votar todos dentro de la línea propuesta. Liotta pensaba que los diputados de origen gremial no iban a retacear el apoyo a esta ley, por el simple hecho de constituir parte del bloque oficialista.

Por supuesto que esto no fue así. Cuando el proyecto fue al Congreso, fue sometido a un peloteo muy fuerte, donde el sector sindical metió la cola de manera importante. El proyecto se relacionó mucho con lo que en ese momento eran los sectores de izquierda del peronismo, y tuvo la oposición de la Confederación Médica. La reforma más importante que tuvo el proyecto es que las provincias debían adherir (incluso la ciudad de Buenos Aires), y no sumarse en forma obligatoria. Y como consecuencia terminó saliendo una ley muy especial que era una ley que funcionaba por convenios, y que fracasó por la falta de adhesión de las provincias que estaban gobernadas por otras facciones de derecha del mismo partido gobernante, pero enfrentadas. Solo se implementó en Chaco, San Luis, Río Negro y La Pampa, y allí se terminó la posibilidad de este planteo del SNIS.

Los parámetros centrales sobre los cuales estaba organizado el SNIS eran que en primer lugar se buscaba reformar con la lógica de un sistema único de salud, con la premisa de que se incluyeran todos los recursos materiales humanos y financieros dentro del sector, bajo la idea de garantizar el acceso a la salud en forma gratuita y obligatoria. Y en segundo lugar que el proyecto proponía la reorganización del sistema de atención médica intentando coordinar tanto la demanda como la oferta, en el eje financiamiento - provisión de servicios - prestación de servicios.

Y la historia se termina en 1976 cuando viene el próximo golpe de estado, y se trunca esa ley que realmente era muy interesante si uno mira los fundamentos del sistema único de salud en Brasil, o mira la compatibilidad que existe con el NHS de Inglaterra que desde siempre fue una fuente de inspiración

importante. Sin duda estaba asentada sobre una base de lectura política muy escasa, por parte de quien tenía el poder político en ese momento para llevar adelante un proyecto de ley de estas características.

Y además en cierto modo no había un Estado, porque en la Argentina el Estado siempre ha sido un estado subsidiario y que ha cubierto a la persona que no tenía o no se podía pagar otro tipo de cobertura. Es decir que no estamos frente a un Estado que sea capaz de llevar adelante un proceso de reforma como ésta que se proponía. Pero se hizo el intento, el proyecto no fue aprobado y cayó, y por supuesto que los sectores sindicales tuvieron un peso muy importante, sobre todo a través de sus gobernadores, que en algunos casos eran gobernadores que provenían de bases sindicales, que les dijeron que este proyecto era una amenaza para las obras sociales. Y en consecuencia se terminó la aventura en ese momento.

1980 – Ley 22.269 (Gobierno militar)

La segunda aventura, o si se quiere el segundo intento, aunque ahora por otro lado, que fue por el lado de la fragmentación y de las competencias, se inicia en 1980 con la Ley 22.269, es que es un Decreto- Ley de los últimos militares que hemos tenido, y pareciera que los militares como gobierno fueron empeorando con el transcurso del tiempo, porque cada vez hicieron cosas peores...y éstos al final ya rebasaron todo lo anterior.

Éstos lo que intentaron hacer al ver que las obras sociales habían hecho una caja muy importante, fue cooptarlas e intentar que las prepagas que recién estaban apareciendo, pudieran entrar a competir en igualdad de condiciones. Es decir que la salud pública quedó marginada, quedó sobreviviendo muy desdibujada dentro de un ministerio, y se empezó a mirar exclusivamente la seguridad social que es donde estaban estos sectores que de alguna manera tenían un trabajo formal y estaban dentro del esquema de empleo. Se desvincularon las obras so-

ciales de las entidades gremiales, permitiendo al afiliado escoger libremente su cobertura médica, pero la presión del sindicalismo impidió su aplicación. También se eliminó la obligatoriedad de la afiliación y el aporte correspondiente, el Estado reforzó su participación en el INOS y las obras sociales fueron intervenidas.

En cierto sentido, este Decreto Ley 22.269 pretendía eliminar el sistema solidario de las obras sociales sindicales, pero no se logró aplicar porque las normativas fueron implementadas parcialmente y nunca llegó realmente a ponerse en marcha. Obviamente los sindicalistas también tuvieron allí un poder de veto muy importante, porque si bien no estaban con todo su poder porque tenían enfrente a los militares, conservaban no obstante una capacidad de movilización que impidió seguir adelante con eso.

1983 - Ley 23.660 (Ministro Neri)

Para esta época con Alfonsín como presidente se vuelve a entrar en democracia y allí llega de nuevo esta persona, Aldo Neri, que había sido uno de los autores de la ley del Sistema Nacional Integrado de Salud, y le arma a Alfonsín un proyecto de ley, también con un cierto elemento de falta de lectura política acerca del verdadero poder real, pero llega a armar un proyecto de ley que se presenta en el Congreso. Es un proyecto de ley muy parecido al del SNIS, con algunas modificaciones que modernizan el sistema, es un sistema único de salud, mirando fundamentalmente de nuevo al NHS británico. El proyecto está vinculado a la democratización de los sindicatos y reemplaza los aportes de los trabajadores por una contribución patronal del 7,5% sobre la nómina salarial. Luego de dos años sin ser tratado, el proyecto cae.

En realidad, en ese momento el partido del gobierno pierde una ley fundamental que estaba de la mano con este proceso

y que era la ley de democratización sindical, la ley de reforma de los sindicatos, y una consecuencia de eso fue que este proyecto no llegara a tratarse y terminara cayendo. Empieza entonces una segunda fase, que es la fase de negociación con el sector que había mostrado poder, que era el sector sindical. Como consecuencia de la derrota en el Senado por un voto del proyecto de ley de reordenamiento sindical (democratización gremial), finalmente se acordó con la CGT la aprobación de las leyes 23660 y 23661, que institucionalizan el sistema de obras sociales y son las dos leyes que hoy tenemos que regulan el sistema de salud, y que deberíamos volver a revisar porque en realidad fueron el último consenso discutido por los argentinos. Se cambia entonces el INOS por el ANSSAL y se intenta darle un carácter marcadamente federal al sistema de salud con la posible creación de *anssalitos* en las provincias.

El otro día, conversando con uno de los actores de ese segundo período del gobierno de Alfonsín, que es el que negoció con las obras sociales, me contó una historia muy linda y me contó textualmente lo que le dijo el secretario general de un sindicato, de SMATA, que se llamaba José Rodríguez y que en ese momento era un actor fundamental. Las palabras más o menos fueron: *«Mirá Canchi, la Argentina era totalmente corporativa, todos vivíamos del Estado, la Iglesia porque estaba dependiente del Estado, los militares también se colocaban en algunos puestos públicos, e incluso los empresarios porque eran proveedores de la patria contratista. Entonces nosotros nos inventamos las obras sociales para financiar el proyecto sindical.»* Y le sugirió que ahora ellos se *«inventaran»* algún fondo para poder financiar la democracia.

Y hay otra frase que menciona Susana Belmartino en su libro, donde Triacca, que era el secretario general del gremio del plástico dice, *«Negociaremos cualquier cosa menos la chequera de las obras sociales»*, lo cual muestra el ahínco con el cual se defiende estas cajas.

1989-2001

Nos vamos acercando a la época actual y en el periodo 1989 – 2001, lo que se hace fundamentalmente es ignorar al Congreso como mecanismo para poder fomentar los mecanismos de participación y de representación. Se ignoran las leyes aprobadas en 1988, y se legisla con decretos de necesidad y urgencia (DNU) además de resoluciones, cosa que a los ejecutivos les gusta muchísimo. El problema es que el DNU es una cosa que se hace rápido pero después también se cae rápido.

Surgen ahí algunas cosas interesantes, como el Decreto 9/93 y alguna otra legislación que intentan desregular el sector, y generar un mercado de seguros de salud donde pudieran participar las empresas de medicina prepaga. También aparece la libertad de contratación entre las obras sociales y los proveedores, luego se elimina el nomenclador nacional y luego se establece y se arma un programa médico obligatorio (PMO). Finalmente crea la Superintendencia de Seguros de Salud (SSS), que reemplaza el ANSSAL, y que persiste con su incapacidad de establecer reglas de juego que se cumplan.

Nuevamente, acá durante estos años que son la década de los '90, se ignora olímpicamente al sistema público de salud, y se concentra la acción en la seguridad social influidos por algunos documentos del Banco Mundial, pensando en la posibilidad de que la obra social pueda en algún momento llegar al competir con el sistema de medicina prepaga, y generarse una especie de competencia virtuosa que termine haciendo caer a las obras sociales deficitarias. Obras sociales deficitarias que hace muchos años que las tenemos y que todo el mundo sabe cuáles son, pero que siguen sobreviviendo, vivitas y coleando. Teníamos 280 obras sociales, y cuando se sale de este proceso se tienen 280 más las que surgieron después de ese período... lo cual muestra que aquí los sindicalistas estuvieron muy fuertes.

Y respecto a la creación de la Superintendencia de Servicios de Salud, que debería ser el árbitro de esta relación entre proveedores y aseguradores, en realidad siempre estuvo cooptada por el sector sindical que tuvo allí una presencia importante.

Aquí en este momento, y en lo que sería la meso y no la macro de la que estuvimos hablando, se da un paso muy importante sobre el cual Peregrino Selser habló un poco respecto de lo que significó este cambio del proveedor, que es el modelo contractual. Se salió de un modelo del pago por prestación, que era un pago al través de nomenclador, y se pasó a un modelo de contratos capitados en donde el proveedor tiene ya que compartir el riesgo con la obra social. Y allí se dio un proceso en el cual cómo le fuera a cada uno dependía un poco de la historia y de cómo se comportó, porque en algunos casos esta tercerización de servicios y esta tercerización del riesgo, se hizo algún amigote con el que se terminó haciendo negocios, y en otros casos se hizo con algunos prestadores que tenían el virus de prestar, prestar y prestar... y que finalmente se hundieron con el prestar, prestar y prestar porque no tenían capacidad de sancionar a sus propios prestadores que se salían afuera de las normas. Cuando uno se acostumbra a defender a cualquier prestador, por más que sobreproduce o, por más que sobrepreste, porque total después se puede reclamar a la obra social que nos va a terminar pagando por eso, y se debe pasar a un sistema en donde uno tiene que cuidar el recurso y generar una gestión o una administración de recursos, la tarea no es nada fácil.

Esto nos dejó algunas cosas negativas. Lo digo en lo personal pero acaso también le pasó algo parecido a Ernesto Báscolo, con el cual trabajamos juntos en muchas cosas. Y una de las cosas negativas que nos dejaron los '90, ha sido que algunas cosas que se discutieron durante esa década, que son innovaciones organizativas muy interesantes, como la gerenciación o como las redes, que son tecnología de última generación en

materia organizativa, son hoy cosas de las cuales no se puede hablar en Argentina porque están relacionadas con la corrupción.

Y vamos llegando al 2002, cuando cae el sistema de convertibilidad, que como decía un amigo era algo así como encerrarse en una jaula con un león y tirar la llave afuera, para mostrar un poco lo que significaba la convertibilidad. Y donde la renuncia a poder modificar alguna variable macroeconómica hizo que por ejemplo se terminaran bajando las contribuciones patronales para que los empresarios no se fundieran, y eso impactó en la década en aproximadamente 15 mil millones de pesos/dólares menos de ingresos para el sistema de seguridad social, con lo cual el sistema de seguridad social empezó a tener cada vez más serios problemas de financiamiento.

Pero básicamente y de un modo sintético para poder avanzar ya sí al periodo actual, de este periodo podemos señalar los siguientes puntos en cuanto a financiamiento y modelo contractual:

- La convertibilidad obliga a disminuir aportes y contribuciones. Pérdida de ingresos de la SS estimados en 15.000 millones de pesos en la década.
- Contrato capitado y eliminación de la libre elección.
- Fragmentación de los prestadores y problemas de gestión
- Se arman módulos y esquemas más integrados de contratación
- Los prestadores no preparados para gestionar riesgo se quedan afuera de los contratos.
- Alto nivel de corrupción vinculado a las gerenciadoras y redes que arman negocios específicos.

2002 - 2008

Lo que pasó en el 2002 - 2008 y que lo tenemos más cercano fue en primer lugar una recuperación de ese 9% sobre los aportes o sobre la nómina salarial, que significó el fortalecimiento de la financiación de las obras sociales;

También se ha fortalecido la financiación de las obras sociales y del PAMI. En el caso del PAMI, que estaba subfinanciado y en el peor momento esto representaba algo así como \$2.200.000.000 anuales y en el peor momento \$2.500.000.000, hoy ya recauda 7 mil millones, y esto da una idea del proceso de recuperación, para no hablar del sistema de obras sociales donde también hubo un proceso de recuperación muy importante en materia de financiación.

De la financiación ya nadie más discute. En estos momentos se discute sobre el modelo asegurador o se discute sobre cómo articular al prestador, pero sobre la financiación o la fuente de financiamiento ya se dejó de discutir hace mucho. Hace poco cuando estaba armando esta presentación encontré alguna declaración del Superintendente anterior, Torres, que mencionaba en el 2005 algo acerca de reemplazar los aportes y contribuciones por un impuesto general, como un tributo sobre la renta. Pero la verdad que fue una declaración muy aislada y teórica, y probablemente más una expresión de deseo que una posibilidad práctica.

¿Y que pasa finalmente llegados a la realidad actual?

El poder sindical se fue consolidando y se consolidó cada vez más. Hoy el sector de obras sociales sindicales nacionales tiene inversiones en hospitales, clínicas y sanatorios, policlínicos, centros de salud, etc, y está planteando un modelo de integración vertical. Tienen acuerdos estratégicos con la medicina prepaga, donde uno puede entrar por una puerta o por la otra, pero en realidad es lo mismo, son los mismos capitales los que están atrás, y son los sindicalistas, sólo que se han convertido

en una especie de sindicalistas - empresarios que conducen el sistema de salud poniendo recursos aquí o allá, levantando a unos y bajando a otros.

Tienen además acuerdos con grupos especializados en gestión para actuar como gestores de los contratos, que incluyen información y control, porque ya no se terceriza la gestión con cualquiera sino que se terceriza la gestión en una consultora de alguna manera vinculada. Muchas obras sociales comprendieron la importancia de la elección respecto de esto, y hoy si uno va a algunas obras sociales se va a encontrar con modelos interesantes de gestión, y esto es justo decirlo. Hay también un proceso de informatización de este sistema, y un proceso de ampliar sus coberturas. Respecto a esto último digamos que están muy activos para ampliar sus coberturas, lo cual incluye la incorporación de monotributistas, jubilados que vienen del PAMI y ofertas para incluir a las personas que reciben planes sociales. Se quejarán de lo poco que pagan los monotributistas, unos \$25, pero eso seguramente en algún momento se reajustará. El tema era meterlos adentro, y eso ya está.

Le hicieron una oferta a la ministra de Desarrollo Social para incorporarles Jefas y Jefes de Hogar y poder darles algo, y también lograron un aumento para que los jubilados se salgan de PAMI y ya no se pasen por \$30, sino que se pasen por casi \$100. Y con todo esto alcanza para ver que realmente hay un sector activo trabajando dentro de salud...

Enfrente están los proveedores, y aquí el panorama emergente es distinto. Los proveedores se han ido fragmentado, se han ido debilitando, ha ido cayendo mucho la inversión. Hay un aumento del poder de los aseguradores sobre los prestadores que condiciona la discusión sobre aranceles. Hoy hay muchos prestadores que ya no hablan por sí mismos sino que hablan de la mano de la aseguradora, entonces uno no sabe muy bien en nombre de quién habla una clínica o sanatorio. Y este debilitamiento también se da por ausencia de regu-

lación de profesionales, camas, tecnologías, que de alguna manera pudo generar cierta sobreoferta importante que ha aumentado la cantidad de profesionales dentro del sector, y de tecnología que ha tendido a fragmentar y a armar redes y subredes separadas.

De parte de los lobbistas profesionales hay una escasa llegada al gobierno. La Superintendencia acaba de dar un aumento del 25%, que yo creo que es una especie de señal de despedida del Superintendente que quiere hacer un gesto de buena voluntad antes de irse, es difícil de valorar, y aparte el aumento está fragmentado entre el 15% y el 10%, es decir en dos etapas. Y finalmente está el manejo muy individualista del sector prestador, con poca integración de la oferta.

Veamos ahora otro actor, la Superintendencia, que sería el árbitro de este juego.

Y nos encontramos con una Superintendencia con debilidad en su capacidad de control y aplicación de su autoridad, con falta de respuesta de las obras sociales en materia de información, porque si hacen una encuesta la verdad es que le responde el 15% o como mucho el 20% de las obras sociales. Que tiene además un escaso poder de árbitro de la relación prestadores – aseguradores. Porque si está diciendo desde hace 10 años que hay que cerrar 40 obras sociales porque son inviables, y no las cierra, quién le puede creer hoy a la Superintendencia, o pensar que puede tomar alguna decisión ejemplificadora.

Otro tema es la falta de transparencia en el manejo de la información y de ponerla a disposición del beneficiario. Hubo algunos esquemas y algunos escasos intentos de programas integrados, algunas iniciativas pero muy parciales, que como bien se mencionó hoy se terminan por falta de continuidad y falta de costeo del PMO, del Programa Médico Obligatorio, que es lo que nos rige.

¿Cuál es hoy entonces la radiografía del gasto y la cobertura de salud?¹

- 42.000 millones (2006) 51.700 millones (2007) y durante este año será de aproximadamente 65.000 millones de pesos.
- El gasto privado (de bolsillo) se lleva más del 40% del gasto (prestaciones no cubiertas y medicamentos)
- 16 millones de personas sin cobertura de salud
- 45% recibe cobertura a través de las obras sociales, 8% PAMI y 8,3% medicina prepaga o mutuales.

En tanto que el estado de situación puede resumirse como sigue:

- 289 obras sociales
- Recaudan aproximadamente 8.000 millones de pesos sin el PAMI y cubrieron atención médica de 12 millones de personas
- PAMI recauda 7.000 millones y atiende 3 millones de personas.
- 10 primeras OOSS recaudan 50% del total (OSECAC Y OSDE)

Conclusiones

- Los sindicatos han sido el modelo organizativo que mostró y muestra más continuidad que el sistema democrático y que los partidos políticos. Pasaron por ellos, hace muchos años que manejan el tema y han permanecido.

1 Fuente: Consultora Key Market.-

- Se han consolidado en el sector salud y tienen un proyecto sindical financiado por el sector salud.
- Discuten la agenda de las obras sociales directamente con el Poder Ejecutivo y con los empresarios, sin reconocer autoridad sectorial en el tema.
- Ni la SSS ni el Ministerio de Salud tienen capacidad de establecer límites y controles a la discrecionalidad en el manejo de las obras sociales.
- Cualquier reforma de la salud, tiene que iniciarse con una reforma de la legislación sindical. Esta es una base de operación muy importante, no solamente cualquier reforma sobre seguridad social tiene que iniciarse legislando sobre las actividades laborales, sino cualquier reforma de salud.
- Se requiere además un compromiso más profundo del Estado y la política con la salud de los habitantes. Si se quiere asumir la salud como un bien meritorio, como un bien a proteger, eso significa un involucramiento mucho más profundo del Estado, que hoy por hoy no está presente.

En resumen, el modelo se agota, **el paradigma asegurador se está agotando**, y básicamente lo que quiero mencionar es que estamos saliendo ahora de un modelo en donde el trabajador era el eje, hacia un modelo en donde el ciudadano es el eje, porque ya no todas las personas tienen trabajo, y porque el desempleo pasa a ser una variable a considerar. Por esto está vinculado con el tema de la distribución del ingreso y está fuertemente vinculado con la pobreza que está inserta dentro de sector.

El principio implícito de justicia y solidaridad (grupal) que servía al Estado de compromiso, descansaba en la idea de que los riesgos estaban a la vez igualmente repartidos y eran de

naturaleza ampliamente aleatoria. Hoy en día ya no ocurre así, los fenómenos de exclusión y desempleo de larga duración definen «estados estables»

La técnica aseguradora aparece como poco apta para el tratamiento de un problema de esta naturaleza, porque en materia social el concepto central es hoy la precariedad o vulnerabilidad antes que el de riesgo. Y esto muestra claramente que los antiguos instrumentos están desfasados.

Hay una especie de caída del velo de ignorancia, no voy abundar sobre esto, pero digamos que con el conocimiento genético de aquí en más se pasa del grupo al individuo para personalizar el riesgo. Y el riesgo existe siempre, pero ya no es puro azar (imprevisible), sino que se vuelve más individualizado. De manera tal que el velo de la ignorancia que acompañaba al contrato está irremediablemente rasgado, es necesario repensar la solidaridad sabiendo las situaciones y posibilidades de cada uno. Esto hace que el ejercicio de la solidaridad se vuelva más político, y que a futuro termine identificándose con la formulación misma del contrato social.

Y la pregunta final es cómo iniciar entonces un camino de reforma.

Y quiero decir que hasta hace muy poco tiempo pensé que un proceso de reforma podía empezarse por otro lado, y que podía iniciarse un proceso de reforma por lado de las provincias. Si bien celebro lo que dijo Capiello, que fue de alguna manera una muestra de que hay una provincia, en este caso Santa Fe, que tiene un proyecto claro de llevar adelante un sistema provincial de salud y unificar la población en un solo sistema, francamente eso no abunda en las provincias argentinas.

Entonces hoy pienso es que el camino para construir un sistema de salud equitativo, universal, igualitario, es volver a hacerlo compatible con la democracia. Es decir que primero te-

nemos que romper con un poder que está enquistado dentro de la democracia, así como se pudo romper con el de los militares o el de la Iglesia en su momento, porque hoy el sector sindical está sentado sobre una caja importante.

Y en esta línea, creo que lo que se debe refundar es el principio mismo de solidaridad, y eso sólo se podrá hacer el marco de una reforma de la Constitución Nacional que es nuestra carta magna. Sin dudas ese es el ámbito adecuado para plantear y zanjar esta rémora del pasado, que se abroquela e impide que la democracia permita alcanzar su objetivo de reconocimiento de los derechos sociales para los ciudadanos.

Y aclaro que esto tampoco implica saltar hacia un modelo beveridgiano, que debe revisarse dado que tuvo dificultades para adaptarse a la crisis del Estado. Es por el contrario una reforma constitucional donde el Estado discuta sobre la mesa y defina si quiere realmente estar comprometido con la salud, o quiere seguir siendo un Estado subsidiario que atiende a aquellos que no pueden comprarse la salud, o que no la tienen por su relación laboral.

Para concluir, pienso que este tema fue ignorado por la reforma del '49, yo disiento con otra mesa donde estuve en donde se dijo que en la Constitución del '49, que es la constitución del peronismo, se trataba el tema del derecho la salud. He mirado otra vez y atentamente en la Constitución de 1949 y en ella no figura taxativamente el derecho a la salud.

Hemos visto lo que fue esa declaración de Perón en 1954, es decir no estaba definido en ese momento que quería el peronismo. En 1957, que fue cuando se tira abajo la reforma del '49 tampoco se menciona, y en el '94 nos perdimos una oportunidad de oro porque estos muchachos se pusieron de acuerdo para armar un esquema cerrado en donde la salud molestaba, y donde la salud podía llegar a ser un problema político para la reelección y para otras cosas que habían acordado. Y a la Cons-

titución Nacional del '53 tampoco le podemos pedir milagros, porque en ese momento la salud no existía como tal, la salud creció después de la Segunda Guerra Mundial, con el impacto que tuvo, y en consecuencia tampoco le podíamos pedir a esos visionarios que tuvimos aprobando la Constitución de ese momento que pudieran tomar relevancia de esto.

Me parece a mí que la historia nos ayuda a comprender acabadamente por qué estamos dónde estamos, y es una lectura que en algún momento hay que hacer, aunque no la habíamos hecho nunca en estas Jornadas, como para poder empezar una discusión que nos permita encontrar algunos hilos conductores de una futura reforma del sistema de salud argentino.

Perspectivas de Análisis desde la Economía Política

Dr. Ernesto Báscolo

Introducción

Creo que todo el marco histórico en el que se explayó Carlos Vassallo, en el que hubo una dosis equilibrada de aspectos históricos y pragmáticos, sirve mucho para generar una discusión sobre la situación actual tomándolo como referencia. En mi caso también voy a usar como marco referencial la perspectiva de la Economía Política, porque no alcanza con decir que las cosas son como son porque hay un óptimo de Pareto o porque hay una forma más eficiente de hacer las cosas, sino que parte de las instituciones que tenemos son el producto de la dinámica política de los actores que están involucrados en ese escenario.

Y esto quiere decir que en muchos casos cuando estamos haciendo un análisis de Economía Política, lamentablemente no nos sirve solamente una mirada más bien normativa sobre solamente el *deber ser*. Desde ya es importante tenerlo como referencia para ver por qué pasan las cosas que pasan y están generando problemas sociales, porque detrás de la historia de fragmentación y segmentación del servicio de salud que tiene Argentina, en realidad detrás está una inequidad y una falta de consideración de la salud como derecho.

En la Mesa anterior cuando se hicieron planteos sobre las leyes y propuestas de reforma a los sistemas de salud, en algunos casos se planteó el tema de la salud como derecho. Pero

también me parecen sumamente interesantes las posibilidades que ofrece el análisis desde la Economía Política, buscando identificar y comprender dónde está el poder, o sea el análisis político sobre la dinámica o el funcionamiento de ciertos sectores o mercados.

En resumen, me parece que la propuesta de Carlos Vassallo resulta una muy buena referencia y sirve para articularla con la propuesta de análisis que iba a hacer yo. Mi idea era trabajar sobre el problema de Economía Política en el mercado de medicamentos, y elegí este tema porque no es mi especialidad. En lo personal esta invitación que me han hecho para participar de este espacio, me genera un estímulo muy particular para discutir y analizar estos temas de medicamentos, sobre los que con toda sinceridad quiero decirles que no tengo desarrollada hasta ahora una línea de investigación. Sin embargo, últimamente y a través de algunas actividades que estoy haciendo me acerqué más a este mercado en particular dentro del conjunto de los mercados de salud, y me parece que es posible generar algunos diálogos y algunas relaciones con lo que planteó Vassallo al comienzo.

Hemos escuchado en estas Jornadas voces que lamentaban, como también lo hago yo, la fragmentación, pero por sobre todo la segmentación del financiamiento, y ahora en mi presentación yo no me voy a extender mucho más sobre eso, pero entiendo que abordarla junto con toda la referencia histórica nos va a dar más sentido al análisis de los problemas del mercado de medicamentos desde la Economía Política, y a aportar para la interpretación de la conflictividad política del problema económico en estudio.

Perspectiva de análisis

Metodología

Veamos la perspectiva del análisis, y por una cuestión más **metodológica**, digamos que se pueden reconocer tres grandes

etapas, que deberían ser consideradas en el análisis de Economía Política de un mercado:

- En primer lugar tratar de analizar cuál es el problema, casi como una metodología científica típica, y en este caso hacer el reconocimiento del problema económico a través de los actores participantes, o sea dar una mirada a la percepción de los actores que están involucrados en ese mercado o escenario.
- En segundo lugar me parece que no solamente está bueno hacer una caracterización del problema según la percepción de los actores, sino caracterizar a esos actores. O sea hacer una caracterización de los actores en función de sus intereses, sus posiciones, sus capacidades organizativas y sus estrategias.
- Y en tercer y último lugar hacer el análisis de las diversas dimensiones políticas del problema económico. Y esto tiene que ver con una interpretación política de las relaciones de poder que están imbricadas con estas estrategias de los actores, que se generan como una reacción frente a los problemas y frente a la naturaleza y la identidad de cada uno de ellos.

Esto que planteo no sé si es o no lo esperado, pero es un análisis crítico no normativo. Es decir no genera una conclusión del tipo «*Acá hay que hacer esto*», no dice que «*el deber ser*» pasa por este lado, sino que es un análisis crítico de la situación del mercado de medicamentos en particular.

Agentes del mercado de medicamentos

Mirando los **agentes involucrados en el mercado de medicamentos**, si bien la relaciones entre consumidores/usuarios, financiadores y proveedores es una triada conocida para analizar los sistemas de servicios de salud desde la recolección

de recurso, aseguramiento, financiamiento y su asignación hacia la provisión de los servicios, en el caso de los medicamentos podemos darle algunas pinceladas de especificidad.

Cada uno de los agentes entonces de esta triada básica posee sus propios intereses particulares, que como vamos a ver se contraponen entre sí y generan problemas en economía política.

En primer lugar y mirando a los usuarios/consumidores, que también podemos llamar en términos colectivos la población, el interés más importante está vinculado con tener derecho al uso, o sea el acceso a los medicamentos.

En segundo lugar están los financiadores, que puede parecer en abstracto como una definición bastante vaga, bastante genérica, pero que podemos visualizar más concretamente si tomamos un personaje como un director ejecutivo de una obra social provincial o de cualquier otra obra social nacional, y veremos que tienen como objetivo general minimizar el costo que implica la cobertura. Vale decir que cuando tienen el problema medicamentos como análisis de un problema económico, ese gestor o director va a tratar de minimizar cuáles son sus costos. E implica que va a negociar con los proveedores tratando de pagar el menor precio posible, siempre obviamente ofreciendo el acceso a la población.

Y en tercer lugar y nuevamente como una concepción sumamente genérica, que luego voy a desagregar un poco más, habría que considerar a todos aquellos actores que son proveedores de la cadena de producción, suministro y expendio de medicamentos a la población. Allí los intereses y las características institucionales son muy diferentes y por supuesto no sólo en Argentina sino en general, y en este grupo nos encontramos con actores muy disímiles. Y acá los intereses particulares tienen que ver en algunos casos con maximización de beneficios, porque lo suyo es una empresa que tiene como objetivo el fin de

lucro, y por lo tanto legítimamente va a buscar aumentar la tasa de ganancias. Pero en algunos casos y aunque sean empresas privadas con fines de lucro, no necesariamente su objetivo va a pasar por allí, sino que va a pasar por una reproducción empresarial y organizacional, es decir seguir funcionando dentro del mercado. En muchos casos en los escenarios en Argentina hay muchos empresarios que tienen como objetivo sobrevivir, y de eso se trata. En tanto que algunos otros buscan la expansión, porque expansión significa poder aumentar su participación dentro del mercado. O sea que no se trata solamente de dinero y de aumentar o maximizar las ganancias, sino que en muchos casos también está como objetivo económico dentro de los actores que forman parte de la provisión, aumentar su poder dentro de este espacio de la provisión.

Estos tres tipos de intereses, y con esto no estoy descubriendo la pólvora, son en muchos casos contrapuestos. En este espacio no existen los consensos, pueden existir acuerdos y pueden existir procesos de negociación, pero no es que se sientan todos en la mesa y consensúan por unanimidad un modelo. Y esto no es así porque todos participan en ese escenario con diferentes intereses, y por lo tanto las posiciones y las estrategias están asociadas a los propios intereses de cada uno de esos actores. Quiere decir que el arreglo final, la forma en como terminan articulándose y generando un modelo de organización, con sistemas más fragmentados, más desintegrados o más integrados, no necesariamente están vinculadas con el *deber ser*. Y acá tengo una pequeña diferencia con las presentaciones de la Mesa anterior, porque en muchos casos si uno observa el fenómeno del proceso de integración, no necesariamente tiene que ver con que sean producto de mejores estrategias empresariales, o de las gerencadoras o los sindicatos, o con modelos de gestión más eficientes, aunque esto no significa que no lo sean, sino que en Argentina los procesos de integración y todos estos cambios en las formas institucionales de integración y desintegración se explican por las estrategias de los intereses de los

actores que están involucrados. O sea que no es tan lineal, no es porque en un manual diga que es así como se logran mejores resultados en términos de costo efectividad de los recursos asignados, y esto puede verse si hacemos un análisis de Economía Política sobre las innovaciones institucionales, qué es lo que estoy tratando de generar.

Rol del Estado y dilema sobre su participación

Y luego por otro lado está el **Estado**, que no es un actor monolítico, sino que responde al sistema institucional del sistema de salud en Argentina, y nuevamente tengo que acotar que la exposición de Carlos Vassallo permitió ver esto, es decir ver toda la trama histórica donde el Estado interactuaba con los actores sectoriales, como una presencia de perfiles cambiantes pero siempre presente.

¿Cuál es el rol del Estado?

El Estado en primer lugar puede ser uno de los productos de las reglas de juego y ser el que define cómo deben funcionar estos mercados en sus diversos aspectos (financiamiento, producción, expendio de medicamentos, etc). Recién Carlos Vassallo puso mucho énfasis en mostrar que fundamentalmente en el modelo del sistema de seguridad social, el Estado ha sido un árbitro muy pasivo, casi un veedor como dicen algunos autores, en lugar de generar activamente las reglas de juego.

En segundo lugar es un regulador, es decir una vez que están definidas ciertas reglas de juego, su rol es controlar para que se cumplan.

Pero también puede ser un actor que juega con una función de financiador, que es un rol que asumen los estados en la mayoría de los países desarrollados y con alta renta. Esto no es menor, y tiene que ver con que en Argentina, se da una especificidad con características muy particulares, que es que respec-

to a la seguridad social el que cumple las funciones de financiador más relevantes no es el Estado sino que en realidad son los sindicatos. Pero puede asumir el rol de financiador como dijimos que pasa en otros países, o bien a nivel nacional por ejemplo en las obras sociales provinciales.

Además el Estado puede ser y es de hecho, un actor que forma parte de la cadena de producción y suministro de medicamentos. Ya lo vamos a ver, pero entonces el Estado no solamente puede ser el que se supone que construye legítimamente, por la función que tiene como Estado, el marco institucional y las reglas de juego, como se insiste desde hace algunos años cuando se habla de su rol de rector orientando hacia dónde debe ir el sistema de salud, sino que también es un actor. Sin embargo como decíamos no es un actor monolítico, y los estudios más modernos y más interesantes de ciencia política hacen referencia a que el Estado es un espacio, es un lugar de interacción y de negociación y no un actor monolítico, porque en realidad hay muchas agencias del Estado. Por lo tanto cualquier visión que enfoque simplemente a dónde va el Estado es reduccionista, porque no está mirando, no está explorando la complejidad de aquellos actores que forman parte de las agencias del Estado, o considerando cuáles son sus posiciones y sus estrategias en estos cuatro distintos posibles lugares de intervención o de ejercicio de su rol.

Descripción de los agentes

• Usuarios / consumidores

Vamos a comenzar mirando cuáles son las especificidades que tienen los usuarios o consumidores de los servicios o mejor dicho, sistemas de salud. Y lo característico de estos usuarios es una relación de muchísima mayor determinación a través de otros agentes de cuáles son sus demandas y su utilización, y desde ya es una relación desigual debido a la información

asimétrica. Es decir que hay una demanda técnica que en muchos casos está inducida por el profesional y por el modelo de atención, que va determinando no solamente las condiciones de acceso, sino el tipo o patrón de utilización que va tener ese usuario. Por lo tanto es una situación un poco particular, y en todos los casos hay que tratar de analizar cuál es el poder relativo que tiene un usuario en salud en cada uno los mercados, porque claramente es una demanda inducida por los profesionales tratantes y muy relacionada y ligada a la organización de los servicios de salud. En el caso de los medicamentos, la situación es sumamente clara cuando por ley en los medicamentos éticos median otros actores en la definición, no solamente de su consumo sino de sus patrones de utilización.

Pero además hay un tema que es clave y que se relaciona también con la historia previa que vimos en la primera parte, y es que hay un indicador que se aproxima a estos problemas de inequidad en el acceso, o sea cuando la población no tiene derecho a utilizar los servicios de salud en función de sus necesidades, sino que lo va a hacer en función de su capacidad de pago, su condición de trabajo, su lugar de residencia o lo que fuese, y ese indicador es analizar el peso que tiene el gasto de bolsillo. Y esto significa que en aquellos países como es Argentina, donde los niveles del gasto de bolsillo son altos, eso implica que una parte importante del financiamiento está vinculado a darle utilización a los servicios, y está destinado a la población que tiene capacidad de pago para afrontarlos. Si uno mira al interior de esa capacidad de pago, entre el 40 y el 50% de ese gasto de bolsillo es gasto de medicamentos. Concretamente y según la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2005, el Gasto en medicamentos representa un 40% del Gasto Privado Total en salud (incluyendo el gasto en seguro voluntario).

Quiere decir que el tema del mercado de medicamentos es un trazador sumamente interesante para poder reconocer potenciales problemas de inequidad en el acceso. No es raro que esto suceda en nuestro país, a pesar de que gastamos entre el 7

y el 8%, porque en realidad como sistema es la resultante de la dinámica histórica que planteaba Carlos Vassallo de segmentación y fragmentación.

Voy a mostrar en unos cuadros simplemente algunos números para dar una semblanza de las distintas composiciones y evolución que tiene el mercado de medicamentos total, desagregado también en el submercado ético y el popular. Obviamente entre ambos habría que hacer un análisis un poquito más fino en cuanto a la forma en que participan otros actores en la receta del mismo, ya que en el mercado ético (venta bajo receta) la relación entre la oferta y el consumidor se encuentra mediada por un tercero, lo cual no ocurre en el mercado popular.

Mercado de medicamentos en Argentina. Ventas en farmacias

Valores \$ (+000)	12/2002	12/2003	12/2004	12/2005	12/2006
Mercado Total	3,860,873	5,249,112	6,100,288	6,845,262	8,074,157
Mercado Etico	3,522,568	4,738,841	5,455,901	6,130,212	7,254,429
Mercado Popular	338,305	510,271	644,387	715,050	819,729

Unidades (+000)	12/2002	12/2003	12/2004	12/2005	12/2006
Mercado Total	277,289	345,454	386,972	405,065	443,469
Mercado Etico	228,417	271,986	294,508	306,043	334,891
Mercado Popular	48,872	73,468	92,464	99,022	108,579

Fuente: Venta en farmacias. IMS, 2006.-

• Financiadores (Obras Sociales y Prepagas)

Vamos a entrar en el tema de los financiadores y luego en el de los proveedores, que es un dilema sobre el que me gustaría jugar, vale decir sobre el financiamiento y la provisión de los servicios.

Digamos que el financiamiento, tal como lo mostró Carlos Vassallo es el resultado de nuestra historia, eso quedó claro. Pero desde un enfoque o una definición más formal, digamos que los financiadores son agentes que cumplen el rol de financiar los gastos generados por los beneficiarios ante una eventual enfermedad. En nuestro país el mínimo financiamiento establecido por la Ley de Medicamentos está establecido en el PMO, y desde ya el objetivo de estos financiadores o seguros de salud cuando se sientan a negociar frente a los proveedores obviamente es minimizar los costos de esa compra. Pero esto se da en una situación de debilidad en un contexto segmentado con múltiples financiadores, porque de hecho hay muchísimos financiadores que se enfrentan a negociar solos con proveedores con una capacidad organizativa en muchos casos mayor.

A esto hay que sumar un problema de ACCESO, porque estos seguros o financiadores sólo cubren a personas dentro del mercado laboral formal, y/o aquellas que paguen un seguro voluntario (medicina prepaga). Y estos problemas de acceso bastante importantes en realidad, también remiten a problemas de inequidad. Esto da lugar a que los laboratorios, entendidos en este caso de los medicamentos como los proveedores, puedan diferenciar precios según las condiciones del consumidor. Y con esto me refiero a que a mayor elasticidad precio habrá precios menores, y por el contrario una menor elasticidad dará lugar a precios más altos.

• **Proveedores**

En el caso de los proveedores vamos a entrar un poquito en el capítulo adicional que yo quería estar incorporando. Uno de los objetivos que tiene el Estado, o más bien las políticas de Estado en Argentina en distintos momentos, y esto es algo que habría que decirlo con cierto énfasis, tuvo que ver con la distinción que Argentina y otros países de América Latina, mucho más en otras décadas pero todavía también, tuvieron y tienen que ver con el peso del sector de la industria, y estoy hablando de la industria en general.

Argentina tiene una estructura industrial que a pesar de los procesos de reconversión, desinversión y destrucción sigue siendo bastante interesante. Nuestra historia de los últimos veinte años no es buena, pero seguimos teniendo una industria que en términos comparativos es un tema de agenda sumamente importante, en especial cuando estamos tratando de reconocer el rol que tiene el Estado en sus distintas agencias y en sus distintos espacios.

Una breve semblanza de las características generales del mercado oferente en nuestro país nos muestra lo siguiente:

- 350 Laboratorios locales con producción activa (con una presencia escasa de laboratorios públicos).
- Más de 30 empresas controlan cerca del 75% del mercado.
- Más del 50% de la facturación corresponde a empresas de capitales nacionales.
- Para el 2006, los 10 primeros laboratorios en el ranking de facturación se quedan con el 41% de la misma, mientras que los primeros 20 se quedan con el 60%.
- En el 2006, la mayor cantidad de nuevos productos (79%) fueron lanzados en el mercado de los éticos.

Pero a lo que quiero hacer referencia con esto es a que en realidad es una de las industrias importantes que tiene Argentina, y por lo tanto genera empleo, y en razón de esto es materia de análisis en cualquier análisis de Economía Política. Quiere decir que si el análisis lo hacemos con una línea que excluya a la estructura industrial, es como que nos estamos comiendo una parte sumamente importante del problema.

Y mi propuesta incluye también analizar el tema de las cadenas de valor de la producción, suministro y del expendio o en este caso y mejor dicho, la dispensa de los medicamentos.

Si uno se mete al interior de esa cadena productiva, uno podría reconocer por el lado de la oferta como mínimo los siguientes eslabones: principios activos, laboratorios que producen especialidades medicinales, droguerías y dispensa. Y por el otro lado está la demanda, que es el lado de los financiadores o compradores. En gran parte de la historia que analizamos sobre el caso de Argentina, muchas de las estrategias posibles para dirimir los problemas de Economía Política, en algunos casos tienen que ver con la esperanza de generar sistemas más integrados en el financiamiento, generando compras aunque sea en términos de consorcios de distintos financiadores, es decir estrategias que están con la demanda.

Voy a tratar de dar una mirada muy esquemática sobre ese tipo de cadenas, tratando de reconocer estos distintos actores que forman parte de la provisión, o que están integrados dentro de esa cadena productiva.

Comencemos mirando el **sector público**, donde domina la **fragmentación**.

En el caso de los **laboratorios públicos**, provinciales en muchos casos, y está también uno importante que depende de la Universidad e incluso hay algunos municipales con cierta importancia relativa comparada con el resto como es el LEM en Rosario. Pero en general tienen algunas limitaciones importantes de economía de escala y especialización, y de coordinación de la producción en red y cumplimiento de normas regulatorias. Hay una estrategia nacional dentro del gran abanico de lo que podemos considerar como el espacio del Estado, y es un programa del Estado o un programa nacional de producción pública.

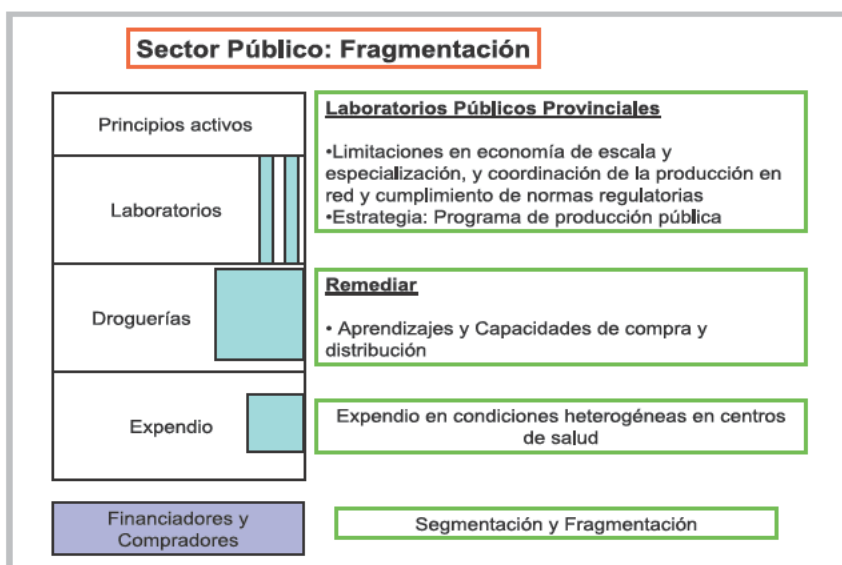
En el caso **droguerías**, que para decirlo de alguna forma es quien se ubica en esa relación entre la dispensa y los laboratorios pero con un peso mucho más importante, hubo una presentación al respecto, de Francisco Leone y que tiene que ver con la historia del REMEDIAR. Acá traté de poner énfasis en

cosas que veo y que he escuchado por parte de él, y que tienen que ver con una de las grandes fortalezas que él planteaba y que es el desarrollo en estos últimos seis años del *know how* que tiene el REMEDIAR, y que permiten decir que existen hoy ciertas capacidades relevantes que tiene el Estado en esa relación o en esa etapa de la cadena.

Por otro lado, la **dispensa** es uno de los temas que justamente Francisco Leone planteaba como pendientes, y que es necesario estar desarrollando, regulando, definiendo normas, y sobre todo viendo el lugar y el rol del profesional farmacéutico en ese espacio, porque la dispensa en centros de salud opera en condiciones heterogéneas.

Y dejando la oferta y pasando otra vez al lado de la demanda, respecto a los financiadores y compradores mencionemos los problemas de segmentación y fragmentación que son dos temas que no merecen más comentarios.

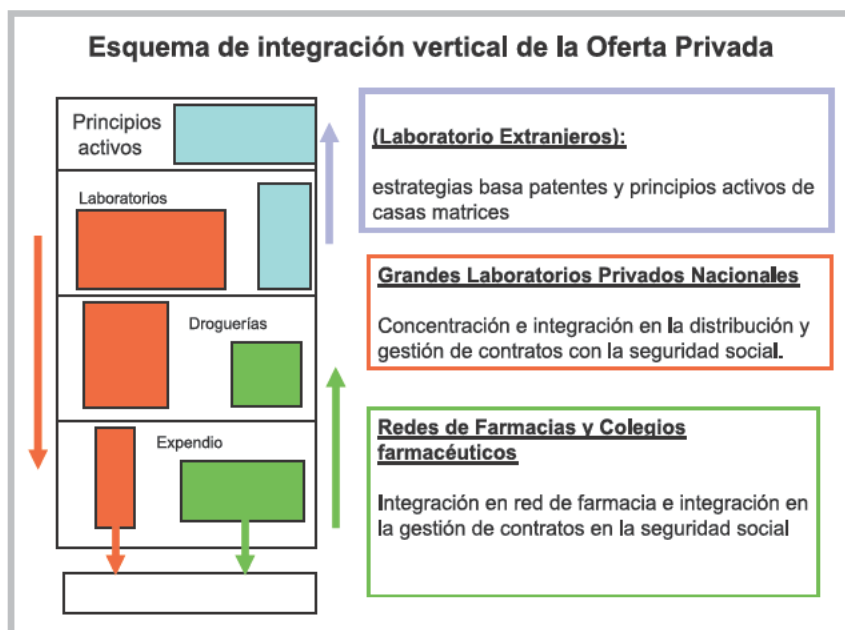
Cadenas de valor en la oferta y demanda de medicamentos Sector Público



Fuente: Báscolo E, 2008.-

Pero dentro de esa cadena de producción hay por otro lado una oferta privada que ha tenido cambios muy interesantes, con una historia que incluyó muchas etapas, especialmente en la década de los '90, con un auge de los precios relativos y la apertura de laboratorios extranjeros, aunque obviamente con cierta retirada de estos últimos a partir del 2001. Pero mirando la historia desde la dinámica de los intereses, posiciones y estrategias de los sectores, uno podría decir que por un lado los laboratorios extranjeros sí se integran, aunque sea en forma virtual o vertical, porque de hecho en muchos casos están relacionados con el de los principios activos producidos en sus casas matrices en otros lugares, y por otro lado con un laboratorio de producción de especialidades medicinales en nuestro país.

Cadenas de valor en la oferta y demanda de medicamentos Sector Privado



Fuente: Báscolo E, 2008.-

No soy bueno en los dibujos, pero he tratado de esquematizar estas relaciones y estrategias en el cuadro de arriba. Y mirando este esquema, podríamos estar diciendo de que hay relaciones y alianzas estratégicas entre empresas transnacionales extranjeras, y nacionales locales o nacionales extranjeras también.

Los grandes laboratorios privados nacionales (en naranja), han buscado en los últimos años un proceso de integración, como se planteaba también en la Mesa anterior, que responde en gran parte a la necesidad de jugar un rol en la distribución de la renta de este mercado de medicamentos en Argentina. En nuestro país estas estrategias estuvieron vinculadas fundamentalmente con la integración, que respondió a modelos en algunos casos verticales o virtuales. Esto quiere decir con alianzas estratégicas, con compras con mismo nombre o con nombre diferente pero hacia abajo, no tanto hacia droguerías como en la dispensa.

Y por otro lado hay otros actores, que provienen más de los últimos eslabones como los que nos están invitando a esta mesa, que asumen también estrategias de integración pero en la otra dirección, como cuando estamos hablando de que farmacias organizadas en términos institucionales a través de un colegio, un gremio o una cámara, se organizan tanto hacia arriba generando funciones en las droguerías, como hacia abajo en la gestión de los contratos de los financiadores.

Esas flechas hacia abajo que se pueden ver en el esquema anterior, tienen que ver con estrategias recientes, de los últimos 10 ó 15 años, cuando comienzan a aparecer estrategias activas de integración sobre la propia gestión de los contratos. Con lo cual podemos ver que en esta historia no todo finalmente es fragmentación y segmentación, lo cual está explicado por la dinámica de los sectores en el financiamiento, sino que es importante también acercar la lupa para analizar qué pasa al interior de cada uno de los mercados para ver este otro tipo de estrate-

gias. Y obviamente esto podemos hacerlo también dentro de los mercados sanatoriales o mercados médicos, de los laboratorios bioquímicos, o lo que fuese.

Síntesis y Desafíos a futuro

A modo de síntesis, digamos simplemente que los problemas económicos se pueden reconocer en términos de **desafíos**, y entonces aparecen como tres desafíos que atraviesan los problemas de Economía Política dentro de este mercado: la relevancia industrial, la innovación tecnológica potencial, o sea la necesidad de generar una promoción en ciencia y tecnología, y las limitaciones en el acceso a los medicamentos.

Y por las particularidades de Argentina, en muchos casos estamos hablando desde la Economía Política de la conflictividad de los actores con distintas funciones y al interior de cada uno de esos grupos que forman parte de la tríada de consumidores, financiadores y proveedores. Y no aparecen sólo problemas relacionados al financiamiento, sino que aparecen otros grandes problemas de Economía Política entre distintos aseguradores potenciales con estrategias de expansión y de captura de renta, a lo cual se suman otros dentro de la cadena de valor de la provisión de los servicios.

La pregunta entonces es qué rol juega el Estado. Y este rol del Estado se dirime entre estrategias de comprador /financiador, o como actor de la cadena productiva. Es posible pensar esto, no en términos normativos o sea como el *deber ser*, y como referencia pedagógica sirve generar un análisis de la situación de Argentina en términos comparativos con otros escenarios de otros países, pero sirve más el análisis de la dinámica que tienen los actores al interior de las agencias del Estado, que van explicando su verdadero comportamiento y no solamente una situación del *deber ser*.

Hoy el Estado en algunos casos juega como actor, y entonces construye y produce estrategias como comprador y financiador, y es posible encontrar en el país algunas agencias del Estado que tratan de concentrar sus esfuerzos para resolver y abordar estos desafíos teniendo mayor función de compra o concentrando la compra, tratando de emular o simular modelos parecidos a los países centrales. Y en otros casos también el Estado participa integrándose en el caso de la producción aunque de una forma mucho más débil, o como el mayor desarrollo funcional del REMEDIAR en los últimos años en la cadena de distribución, y con algunas cuestiones pendientes en la dispensa. Pero el Estado no solamente participa y juega esos roles, aunque obviamente participa en forma marginal porque depende de las iniciativas, de los recursos y del tiempo de su participación en cada uno de esos lugares, sino que además participa fundamentalmente dentro del sector público, y cuando estamos hablando del sector público estamos hablando de una de las cajitas de aseguramiento y financiamiento que tiene nuestro sistema.

Y en segundo lugar está su rol como rector y regulador, por ejemplo en cuanto a los derechos de propiedad y las patentes, o qué posiciones adopta respecto a los precios, ya sea fijando precios máximos o definiendo ciertos precios relativos, y también definiendo cobertura, lo cual tiene bastante incidencia sobre la dinámica que tienen cada uno de los mercados.

Y para concluir, veamos qué se avizora para el **futuro**.

Se puede avizorar que a futuro, las nuevas reglas del juego no se van a generar en función de un modelo tecnocrático, o sea un modelo en donde se sienten a pensar cuál es la mejor forma de hacerlo, y parafraseando a Carlos con una mirada un poco ingenua y sin reconocer dónde están parados políticamente o dónde está el poder real, sino que las nuevas reglas del juego dependerán de las estrategias y modelos de articulación entre los actores que son estratégicos.

Y también una acción colectiva, es decir un proceso de construcción y de producción institucional con capacidad de dirimir los desafíos de Economía Política enunciados previamente, que tendrá que ver con la articulación, posición y estrategias de las agencias del Estado. Y estamos hablando no sólo del Estado sino de los estados provinciales, que en este escenario tan fragmentado tienen alguna capacidad de intervenir sobre ese escenario complejo que tienen adelante, tratando de hacer alianzas de la mejor forma posible, frente a los actores estratégicos del sector privado que ya están interviniendo dentro de del mercado de medicamentos, entendiendo y tomando en cuenta cuáles son los conflictos y los desafíos de Economía Política que tienen enfrente.

Preguntas y Comentarios

Coordinador: Bueno muchas gracias a nuestros tres disertantes, ahora se abre un espacio para las preguntas o comentarios de parte de nuestra audiencia.

- **Audiencia:** *Quiero manifestar lo elevado del nivel y los contenidos de esta Mesa, en el sentido de que propongo para el país que la exposición de Carlos Vassallo sea un verdadero documento de discusión. Hago no obstante una pequeña objeción o restricción, desde mi punto de vista ideológico, y es que en honor a la definición de la historia, yo creo que el punto de ruptura entre Perón y Carrillo se dio a partir de una visión integral de la actividad política, porque la concepción de Perón era gobierno centralizado, Estado descentralizado y el pueblo organizado. Y creo que se le escapó la liebre de allí en el tema de los sindicatos. Salvando esta objeción que tiene que ver con mi formación ideológica, se lo digo seriamente a Carlos Vassallo y respetando la propiedad intelectual, que yo quiero tener acceso a esta documentación porque lo voy a proponer en la Universidad y en todos los escenarios académicos del país, como un documento de discusión para encontrar el verdadero camino que necesitamos en esta Argentina en la que todos debemos creer y algún día podremos abrazar, siguiendo a nuestros hermanos brasileños en esa política de integración.*

Dr. C. Vassallo: De veras muchas gracias, es un honor demasiado grande que me hace, pero como es un amigo hay que perdonarlo.

Coordinador: En nombre de FEFARA, vamos a tomar debida nota de la propuesta y la vamos a llevar adelante.

- **Audiencia:** *Por supuesto adhiero a lo anterior. Me parece que las exposiciones de ambos fueron realmente muy interesantes y completas. La primera me pareció realmente interesante, pero cuando uno analiza la historia de 70 años en 40 minutos, tiene un problema con el tiempo, obviamente, y omite cosas. Entonces a mí me gustaría que si se elabora esta presentación como documento, como la historia es el gran determinante en estos procesos, la conclusión es compleja cuando se la analiza, y se sabe que más allá de la historia y la realidad de que hay un poder sindical fuerte, hay otras discusiones cuando uno analiza el sistema de salud. Porque en realidad la caja en la cual está sentado no nace a partir de un sistema de impuestos, sino que nace de una lucha del movimiento social que se reivindica a través de la salud. Con lo cual una pregunta que se puede hacer es quiénes son dueños de las obras sociales, y por qué los trabajadores generan los sindicatos que tienen, que ya es otra discusión. Entonces me parece importante no quedarse en una conclusión que apunte a la problemática de que no haya un sistema único de salud, teniendo esto como la imagen objetivo de los viejos planificadores, no es solamente generada por ese poder que atomiza, sino que se incluyan en el análisis estos otros actores que señaló Ernesto Báscolo, porque además también vemos que hay muchos actores del sistema que no tienen como imagen objetivo el sistema único de salud, sino que siguen atomizando.*

Dr. C. Vassallo: Lo que Francisco dice es absolutamente cierto, es muy difícil en un plazo limitado de tiempo plantear estas cosas. Hay un tema vinculado a que en realidad lo que también tenemos que pensar es que el sistema no es simplemente una cuestión de cajas, o que la caja que ahora la manejan las obras sociales pase a funcionar, sino que hay que cam-

biar la fuente de financiamiento. Yo me olvidé decir que en el proyecto de ley que se presentó en el '85 se eliminaba el aporte de los trabajadores y se aumentaban las contribuciones patronales al 7,5%, porque pasaban 6% al 7,5%. Es decir hay detrás de toda esta lectura también un rol de cómo cambiar la fuente de financiamiento, para poder de alguna manera desmontar esto que los sindicatos plantean, y donde algún grado de verdad tienen, que es que ellos se metieron en el tema porque el Estado no hacía absolutamente nada al respecto. Porque eso se lo he escuchado decir a Adaro y a otros, y algún grado de verdad tiene, por eso lo que yo estoy cuestionando es en realidad el rol que el Estado Argentino, el nuevo Estado Argentino democrático quiere asumir, porque en realidad tampoco puede ser una cosa que se nos ocurra a nosotros. O sea, trabajemos con la gente, verifiquemos, amplíemos el debate y la discusión para que eso pueda llegar a ser. Por eso me parece que un tema como éste debe discutirse en un ámbito más grande, que es una asamblea constitucional y que es el espacio donde se hacen los grandes acuerdos institucionales de un país. Porque en realidad esto fue obviado por la reforma constitucional, y yo creo que esta altura el tema merece una discusión en ese nivel.

- **Audiencia:** *Yo quiero hacer una aclaración con respecto a lo que se dijo de la Constitución, donde solamente el artículo 14 bis hace un pequeño aporte, y después comparándola con las constituciones de la Provincia Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, tal vez la que más haga mención es la de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que dio origen a una ley básica de salud que nunca se reglamentó ni se aplicó. Pienso que es fundamental lo que hagamos como ciudadanos, coincido en que sí hay que hacer un gran marco con una modificación de la Constitución, pero agrego que también nosotros como profesionales, como ciudadanos, como educadores y básicamente como usuarios de todo esto tenemos que comprometernos, y que realmente lo que nosotros pedimos a través de nuestros representantes,*

y que se ha colocado en la Constitución, después sea defendido. O sea que también hay que solicitarles a estos representantes que se cumpla. Porque si uno lee la constitución por ejemplo de la Provincia de Buenos Aires, vemos que todo está absolutamente descrito y muy bien descrito: la función del Estado, cómo tiene que ser la salud, cómo tiene que ser la educación, todo. Pero después vemos que en la realidad eso no se cumple, y pienso que la culpa la tenemos nosotros. En mi caso yo a veces con mis alumnos en la Universidad en la carrera de Farmacia, hago un ejercicio que consiste en comparar y leer las tres constituciones, y después analizar qué es lo que está pasando en la realidad, y pienso que debería existir un compromiso de todos, de conocer y de exigir. Porque así como tenemos derechos, tenemos también obligaciones, y se trata de cumplir nuestras obligaciones pero también exigir nuestros derechos. Mientras no hagamos esto y no nos comprometamos como ciudadanos, pienso que la mejor constitución va a ser incumplible. Eso es lo que quería agregar.

Dr. C. Vassallo: Voy a citar a una persona con la cual tengo muchas diferencias, como es Mario Testa, pero en esto coincido con lo que él dice: la necesidad de acercar la legalidad a la legitimidad. Y eso es lo que estás planteando, porque acá no basta con poner la letra, de hecho yo mencioné que hubo leyes y las leyes quedaron allí, es decir que está claro que acá tiene que haber un compromiso de todos. La reforma de Brasil se hace no solamente porque hubo un compromiso de todos los políticos brasileños que armaron la Convención Constituyente de 1988 que armó la nueva constitución, sino porque había también montones de organizaciones civiles y de universidades involucradas, había un movimiento sanitario nacional, había un movimiento que empujaba ese proceso, había partidos políticos que se cruzaban y que se cortaban, y dentro de ellos había distintos actores que empujaban la reforma. Y lo pudieron hacer. Coincido plenamente que no es simplemente hacer la norma.



MESA N° 9

Error médico y judicialización de la salud **Diálogos entre el Derecho, la Salud y la Economía**

Coordinadores: Dr. Carlos Vassallo y Farm. Miguel Russo

Hemos decidido unificar las dos últimas mesas porque ambos temas se complementan y se logra de esta manera una mejor síntesis. El tema es muy lindo y tiene muchas aristas, no solamente en lo que es propio del ámbito de la farmacia, como es la dispensación, sino también, al error de prescripción o a las contraindicaciones médicas que pueda llegar a tener una receta. Pensamos que es una forma de plantear la discusión de este tema en conjunto, es decir la parte de la justicia relacionada con la salud, porque generalmente para los abogados este tema es un poco conflictivo, no es algo que manejen bien, y hay muchos lugares donde se ha creado una fábrica de juicios para poder solventar ciertos estudios. Vamos primero a presentar a los integrantes de esta última Mesa.

El Dr. Julio Luis Muniagurria es médico egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Ex Miembro titular de la Sociedad Argentina de Cardiología, Ex Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Angiología y Ex Miembro Titular de la Sociedad Argentina de Estimulación Cardíaca. También Ex Jefe de Servicio de Cardiología del Hospital Aeronáutico Central (por concurso) y Secretario Ejecutivo de la Comisión Nacional de Bioética (en formación). Renuncia el 18-3-04 y desde el año 2004 es miembro de la Comisión Directiva del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM). Fue asimismo Presidente del Comité Docente del Foro para el Desarrollo de las Ciencias, y docente del Curso de Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención de la Salud de la Universidad de Favaloro.

El Dr. Oscar Osvaldo Cochlar es abogado, Master en Dirección y Gestión de Servicios de Salud egresado de la Universidad de Alcalá, España, Master en Dirección y Gestión de los Sistemas de Seguridad Social de la Universidad de Alcalá, y Ejecutivo Asistente de la Oficina Latinoamericana de la Academia Judicial Internacional. Actualmente se desempeña como Gerente de Gestión Estratégica en la Superintendencia de Servicios de Salud.

El Dr. Mariano Candiotti es abogado, egresado de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales de la Universidad Nacional del Litoral, es Docente Investigador Categorizado de la Universidad Nacional del Litoral por ante el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación. Es autor de artículos y bibliografía de su materia, desempeñó numerosas funciones institucionales tanto en el ámbito de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, donde se desempeñó como Secretario Académico, Vicedecano y Decano por dos períodos estatutarios, como también en la Universidad Nacional del Litoral donde se desempeñó como Vicerrector de dicha casa de altos estudios, en los periodos 2000 – 2002 y 2002 – 2006. Actualmente es el Presidente del Consejo de la Magistratura de la Nación.

El Error en Medicina

Dr. Julio Luis Muniagurria

Riesgo, incertidumbre y error en Medicina

En primer lugar quiero agradecer muy especialmente a las autoridades de FEFARA esta invitación para poder departir con ustedes, debatir y discutir un tema que realmente es preocupante, no solamente en Argentina sino en todo el mundo, como es el error en la medicina.

Parece mentira que cuando hablamos de medicina hablamos de riesgo, uno supone siempre que medicina es curar y proteger, pero tenemos que empezar otra vez de cero. La medicina es una ciencia de riesgo, y paradójicamente a medida que la ciencia va avanzando y uno piensa que no va a haber más riesgos, sin embargo los hay. Todos los estudios complementarios, todos los cateterismos, todo este tipo de cosas insumen una cuota de riesgo y esto hay que hacérselo llegar a la población. La población muchas veces comete el error, a lo mejor por culpa nuestra, de creer que la ciencia médica es una ciencia exacta, parecería ser en este momento que nadie pudiera morir, pero todos sabemos que nadie puede escaparse de eso.

Sin embargo tenemos que analizar de nuevo lo que es el riesgo. El riesgo es un peligro o un resultado no deseado ni esperado, casi siempre desfavorable, y es una contingencia o proximidad de un daño. Y esto en medicina siempre es así, tanto

es así que la ciencia nuestra es una ciencia de incertidumbre que hasta la justicia y la ley nos los dicen. La Ley 17.132 que habla del ejercicio profesional prohíbe asegurar un resultado debido a esta causa, es decir por el tema del error.

Y como decía, entramos en un camino nuevo muchas veces muy transitado, y no obstante no se tuvo en cuenta analizar qué es la incertidumbre, y es que conociendo el valor de una variable, es imposible determinar con qué nivel de probabilidad aparecerá. O sea que implica conocer las distintas alternativas sin poder precisar cuál es la más adecuada. Por ejemplo, yo le puedo decir a un paciente que tiene un 70% de posibilidades de que ocurra esto, o un 30% que ocurra aquello, esto es absolutamente así, lo que no puedo decirle al paciente es dónde va a estar él, si en el 30 o en el 70%.

Esa es la incertidumbre, y es en la pauta en la que habitualmente el médico se maneja cuando tiene los diagnósticos, y cuando se llega a un momento que denominamos diagnósticos diferenciales, donde se plantean tres, cuatro o cinco probabilidades, por supuesto pasa esto. Y aquí se plantea entonces el tema de la incertidumbre y decimos que es un riesgo, pero si a la incertidumbre le agregamos la ciencia de la probabilidad, la ciencia probabilística, es probable que el riesgo disminuya. Ahora, si a la incertidumbre le agregamos la ignorancia, allí aparece el error. Son dos cosas totalmente distintas, entonces es muy importante recordar que la ciencia probabilística va en la suma de los conocimientos que el profesional tiene, cuantos más conocimientos tenga, mayor probabilidad de acierto tiene, cuanto mayor ignorancia tenga, menor posibilidad de acierto y mayor posibilidad de error.

Entendemos entonces por **error** un acto no intencionado, sino sería un acto doloso, por omisión o por comisión, que es inadecuado para el efecto o resultado que se pretende. Todos los médicos sabemos y lo tenemos que dejar claro, que hay dos tipo de errores, los que denominamos **error punible** y el deno-

minado **no punible**. Hay muchas veces que se confunden y que se dice error si se equivocó, y automáticamente hay un juicio de responsabilidad médica. No es así, y me da la razón que si se miran las estadísticas de todos los juicios que se llevan por causas o supuestos de responsabilidad médica o mala praxis, solamente prosperan y llegan a la sentencia en contra del profesional no más del 5% del total. Y esto está hablando de que ya hay otra historia que se agrega acá, y que descoloca bastante al profesional en su quehacer habitual.

De allí que cuando vemos que en medicina hay errores, hemos abrevado entonces en otros lugares o ciencias que han utilizado también mecanismos o métodos para tratar de mejorar el tema del error, y hemos ido por ejemplo a la actividad aeronáutica. Para ellos, un 99,9% de aciertos, o sea un 0.1% de errores significarían dos aterrizajes inseguros por día. Desde 1967 a 1976 había el riesgo de un accidente cada 2 millones de vuelos, en 1998 el riesgo pasa a ser de un accidente en 8 millones. Para lograr esto hicieron un trabajo, que lo siguen haciendo ahora, y es que cada vez que termina un vuelo todo el equipo de a bordo tiene que llenar una planilla donde tienen que manifestar sus potenciales causas de error, fallas, inconvenientes o problemas supuestos que podrían haber ocurrido. Eso va a una central, y después de haberlo analizado y estudiado se lo distribuye a todas las compañías aéreas. Y en relación a esto es que nosotros hemos tomado una idea que después la vamos a desarrollar.

Entonces veamos qué es el **error en medicina**. Aquí tenemos **dos formas de error: uno el error de ejecución y el otro el error de planeamiento**.

El **error de ejecución** es la falla de completar una acción planeada tal como se pretendía. Y el **error de planeamiento** es la utilización de un plan incorrecto para alcanzar un determinado objetivo.

Esto de los errores que parece es que es tan simple, es mucho más complejo de lo que se imaginan. Existen los **errores de destreza**, o sea de falta de habilidades, como por ejemplo no hacer una historia clínica o no entender lo que se ha escrito. Luego están los **errores del conocimiento**, y allí tiene mucho que ver la forma en que ese estudiante de medicina terminó la carrera y si está apto o no para el ejercicio profesional. Y yo les puedo asegurar por la experiencia que tuve en 16 años hospitalarios o sanatoriales donde teníamos residencia médica, y donde iban a buscar sus puestos de residentes jóvenes médicos con excelentes notas, que durante los primeros dos o tres meses cuando ese residente empezaba a hacer los ejercicios, teníamos que estar vigilándolos con lupa porque sabíamos que iban a cometer errores. Es decir que la capacitación deja mucho que desear todavía, hay que hacer grandes esfuerzos, pero eso es uno de los grandes problemas y de allí viene el error del conocimiento.

También hay **errores de reglas**, en este momento se está desarrollando en todo el mundo tratar de efectuar los actos médicos de acuerdo a reglas preconcebidas por los mismos profesionales, de manera tal de utilizar el mejor conocimiento, la mejor calidad, el mejor medicamento, y el tiempo más corto posible, para mejorar la asistencia y también para equilibrar los costos profesionales. Y muchas veces se cometen errores porque se salen de las reglas. Y finalmente a esto hay que agregar otro tipo de error, que es el **error de criterio**, por ejemplo cuando uno interpreta mal un cuadro clínico determinado y llega a lo que se denomina error diagnóstico.

Como puede verse, el error no es una cosa simple, y así como hasta hace un tiempo creíamos que el error era la sombra del médico, en la actualidad hemos aprendido que en el 70% de los casos el error se debe al sistema, y en el 30% de los casos el error se debe a fallas médicas propiamente dichas.

Etiología del error en medicina

Y explorando la **etiología del error**, puede entonces haber un error en la **capacitación**, que es donde debemos trabajar muy fuertemente, no solamente en el pregrado con los estudiantes, sino también en el postgrado. Respecto a esto último, todavía estamos con problemas por ejemplo cuando se habla de certificación y recertificación, y es incomprensible que en nuestro país todavía la certificación y la recertificación no sean obligatorias. Cuando me recibí de médico hace muchos años y con mi título debajo del brazo, nadie me preguntó nunca nada sobre qué hacía, si estudiaba o no o si presentaba trabajos científicos o no. Creo que no podemos seguir con esa línea de pensamiento, esto no quiere decir estemos entregándonos a nada, al contrario estamos todos los días tratando de decirle a la gente que en qué condiciones técnicas estamos, y que tienen que tener la confianza debida para la asistencia médica correcta.

Paralelamente, la **ignorancia** es otro de los problema graves, y la ignorancia cuando no se estudia también puede ser causa de error. Y a mi modo de ver el **sistema de salud** de nuestro país influye y mucho, porque es una de las cosas más perversas que he conocido en mi vida. Es decir, un médico en este momento no puede ejercer debidamente y cómodamente la profesión, aclaro que estoy hablando de los que yo conozco en Capital Federal y en muchos lugares más, primero porque los sueldos que perciben los profesionales realmente dan pena, lo mismo que la cantidad de horas que tienen que trabajar para estar estabilizados. Y mi pregunta es, tantas horas y en esas condiciones, ¿cuánto tiempo le queda para estudiar, cuánto le queda para la lectura de revistas científicas, bibliografía, etc., etc?

Otro ingrediente que contribuye al error es la **fatiga**. No creo que muchas instituciones tengan un centro de recursos humanos para evaluar a cada uno de sus profesionales, ver qué trabajo está haciendo o cuántas horas está trabajando,

porque la fatiga va paralela al error, a mayor cantidad de fatiga mayor cantidad error. Y uno de los temas típicos es el residente, el residente tiene por lo menos de dos a tres guardias semanales, más todos los días una asistencia regular de 8 a 17 horas. Y mi segunda pregunta es si es lógico y razonable pensar que un médico puede estar veinticuatro horas de guardia, porque es probable en la 18ª o 19ª hora pueda cometer un error...¿y entonces quién tiene la culpa, el sistema o el profesional? Porque otra cosa que creemos cuando contratamos un profesional para que haga guardia en tal lugar, es que cuando termine su guardia sale y se va a dormir a su casa. Nada de eso, la realidad es otra, el médico sale de allí y va al hospital o a otro trabajo para poder redondear su número mensual. Y son todas cosas que hay que tenerlas en cuenta, porque sino a esto no lo corregimos más.

La **falta de recursos** muchas veces hace que sea demasiado difícil o que la técnica que uno puede utilizar no permita llegar al fondo de la cuestión. Por ejemplo si yo tengo un ecógrafo de hace diez o doce años y lo quiero comparar con un ecógrafo de punta, recién llegado, las señales que yo voy a obtener van a ser muy diferentes, y seguramente con este equipo moderno o nuevo voy a poder llegar a un diagnóstico de mayor precisión. Mi pregunta es nuevamente ¿dónde está el error y de quién es la responsabilidad, del profesional o de quien equipa la institución?

El otro tema es la **falta de comunicación**. Parece ser que en las épocas que estamos viviendo, la época de la comunicación como se suele decir, yo creo que es cuando más incomunicados estamos. Porque uno elude hasta las interconsultas médicas, se hacen a través de papelitos, dos líneas y después nada más. Es decir, una cosa es comunicarse, donde tiene que haber un emisor y alguien que recibe o escucha, pero también tiene que haber alguien que escucha y que interpreta lo que están diciendo, pero para eso hay que estar absolutamente lúcido y con el tiempo suficiente.

Y aparece también en esta etiología del error médico que estamos explorando, el tema de la **sobredemanda de trabajo**, y todos los que son profesionales me van a entender, porque está tan apretada la cosa, que resulta que para ver un paciente uno dispone de 15 minutos. Estoy seguro que difícilmente uno pueda hacer desvestir a un paciente, escucharlo, revisarlo, etc, etc, en ese tiempo tan escueto. Pero ésta es la realidad objetiva, que mientras no la podamos resolver no vamos a poder encarar a fondo el tema del error.

Veamos un ejemplo, ubiquémonos en Denver, 1989.¹, donde una persona se quedó en una unidad de terapia intensiva durante dos meses viendo qué pasaba con todos los pacientes que entraban, cuando los veían y los atendían. Y decía que allí se producían 1,7 errores/paciente/día, de los cuales el 29% son serios, son complicaciones. Pero contabilizando el número de intervenciones que eran 178, los profesionales trabajaron con un 99% de seguridad y tuvieron un 29% de errores serios. Y vuelvo a recordar lo que hacía la gente de aeronáutica, y a decir que debemos abreviar en ellos para tratar de mejorar los números.

Y respecto a este tema del error médico, también hemos aprendido algo, cuando uno se equivocaba en mi época tenía vergüenza, pudor, se sentía perseguido, lo retiraban o lo castigaban, es decir se buscaba un culpable. Se ha visto que eso es lo peor que se pudo hacer, tan es así que hace unos seis o siete años, Clinton puso 50 millones de dólares para buscar otra forma de trabajo, es decir, tratar de despenalizar la profesión, entendiendo que cuando uno habla de despenalización a un profesional no quiere decir darle un total libre albedrío y que él pueda hacer cualquier barbaridad, se trata de la despenalización para aquello que no es punible.

Y veamos algo que creo que es importante. Ya desde el año 2001, la Academia Nacional de Medicina con el Dr. Arce a la

¹ 33º Annual Meeting of Human Factors Society, 1989, Denver, Colorado.-

cabeza está trabajando seriamente en el error en medicina. Lo digo porque mientras no tengamos nombres es imposible en función de futuro saber si la política que tomamos ahora va a ser buena regular o mala, entonces mencionemos que actualmente se está trabajando seriamente desde distintas áreas y distintos hospitales, por ejemplo en Bahía Blanca y en Córdoba, o el Garrahan y el CEMIC en la Ciudad de Buenos Aires, y se van agregando progresivamente otros. Y en esos lugares se están llevando los números para saber dónde estamos parados en nuestro país, y de que número estamos hablando. Y después vamos a ver algunos números que yo he traído, y también vamos a ver por qué no importa tanto.

¿Cuáles son los factores que predisponen al error médico?

- Excesos de confianza en su experiencia.
- Falta de protocolos.
- No adecuada información.
- Fallas organizativas.
- Poca motivación.
- Decisiones erróneas.
- Instrucciones inadecuadas.

El **exceso de confianza en la propia experiencia** es algo más que común en nuestro medio. Pero si yo dispongo de algo como es la medicina basada en la evidencia, yo puedo abreviar en información rica y mucho más importante que la exclusivamente personal. Por ejemplo a propósito del infarto de miocardio de cara anterior, dispongo de una experiencia personal de 100 casos, y cuando yo voy a buscar esa información en la bibliografía encuentro experiencias a propósito de 10.000 casos. Enton-

ces seguramente la decisión mía, sin dejar de lado la experiencia que puedo tener, va a ser mucho más juiciosa y mucho más razonable cuando no me limito a mi propia experiencia en el tema.

La **falta de protocolos** es algo donde se está trabajando muy seriamente, hay avances, pero además vemos que se suman la **falta de información adecuada y fallas organizativas**. Y un factor importante es la **poca motivación**, porque si no hay interés, interés no solamente económico sino científico, sino que se trata simplemente de sacar el trabajo, los resultados no son buenos. Y finalmente dos factores que predisponen al error médico y se suman al abanico que estábamos viendo, son las **decisiones erróneas** y las **instrucciones inadecuadas**.

Eventos adversos

Veamos ahora qué es un **evento adverso**: Es aquel producido por un tratamiento médico, o durante el mismo, y no por la patología subyacente o por la condición del paciente. Es decir que es algo que no se debe a la enfermedad que está cursando el enfermo, sino a algo más que apareció. Vamos a dar algunos ejemplos para ser mucho más claros:

- Transfusiones - Infección intranosocomial - Caídas - Quemaduras - Error de identificación - Eventos adversos farmacológicos - Error diagnóstico - Demora diagnóstica - Ulceras por decúbito - Error del sitio de cirugía.-

Si tomamos como ejemplo una **transfusión de sangre** cuando se produce una acción indebida, como puede ser a lo mejor una mala titulación o le han inoculado VIH porque no le han hecho las pruebas complementarias correctas, eso es un evento adverso. O sea que le han provocado un daño no por su enfermedad sino por la transfusión de sangre.

Otro de los grandes problemas que trae aparejado inconvenientes es la **infección intranosocomial**. Recién hace unos pocos años en nuestro país han entendido este tema, porque antes parecía ser que una infección intranosocomial era automáticamente causa de un juicio que se perdía. Esto no es verdad, la infección intranosocomial es una realidad en los mejores lugares del mundo, y el promedio de infección intranosocomial oscila entre 2,3 y 3%, lo cual significa que cada 100 pacientes, 3 de ellos van a tener una infección intranosocomial y eso no quiere decir que haya habido un error, y hay que estudiar cómo procedió la institución, si ha tenido todas las cosas como correspondían para dejarlos liberados de responsabilidad.

Las **caídas** representan otro de los problemas, ya sean las caídas del familiar o del paciente, y aquí hay mil situaciones posibles. Todos los que hemos vivido el manejo de una institución sanatorial sabemos que el tema de las caídas es un dolor de cabeza permanente. Por ejemplo, a un camillero le toca llevar a un paciente añoso a hacer un estudio complementario, queda a la espera en el pasillo, el enfermero se va, el paciente se excita, se cae y se fractura la cadera. Esto es una de las cosas que vemos frecuentemente, y también hay que trabajar sobre eso.

Las **quemaduras**. Es común decir o preguntarse cómo fue posible que se quemara si se trabajó con electrobisturí. Pero el electrobisturí funciona con una plancha negativa en todo el cuerpo y una punta positiva que es la que corta. Y hay veces que esa plancha se corre y queda con un punto de contacto, en ese caso se producen quemaduras enormes debido a que el paciente está anestesiado y no puede gritar, no se da cuenta y tampoco se da cuenta el personal que está actuando en el quirófano hasta que después vemos el terrible agujero, y eso ha ocurrido más de una vez.

El **error de identificación** ha costado un triunfo, yo me acuerdo que estuve dos años trabajando en mi establecimiento

para ponerles la pulsera identificatoria a los pacientes. Y esto lo entienden fácilmente sobre todo a aquellos que están en la actividad médica y saben lo que es trabajar a cama caliente, hay que tener mucho cuidado porque a los pacientes los están llevando de un lado a otro y los apellidos comunes muchas veces se confunden. Y hay veces que circunstancias desgraciadas hacen que un paciente que está siendo llevado a que le saquen una radiografía, termina siendo llevado a quirófano por error, puede pasar, y entonces hay que hacer todo un procedimiento para llevar adelante y respetar luego esa normativa procedimental. Otro ejemplo son los traslados a otro sanatorio o a otros hospitales, tienen que ser muy claros porque sino pueden llevar un paciente equivocado, parece una broma todo esto, pero esto es absolutamente real.

Los **eventos adversos farmacológicos** son aquellos eventos que se producen cuando desde el punto de vista de la farmacología uno sabe que está dando el producto adecuado, en la dosis adecuada y en la cantidad adecuada, y sin embargo aparece una reacción fortuita. En estas Jornadas este tema seguramente es mejor conocido que en los demás ámbitos, y es sabido que el fármaco cuando sale al uso del público ha pasado por cuatro etapas experimentales y la última etapa es la de la utilización masiva, pero de todos modos falta un camino de muchos años para saber si dentro de las reacciones nocivas que se conocen aparece alguna nueva, el hecho que aparezca una nueva no significa que se le pueda imputar a alguien la responsabilidad de eso.

El **error de diagnóstico** cuando está comparado el funcionamiento mental de ese profesional con un profesional común bien formado, ese error de diagnóstico es aceptable. Hay por supuesto otro, que es más bien el «horror de diagnóstico», donde realmente se ve que hay un acto de impericia, y eso es otra historia distinta.

Las **demoras de diagnóstico** pueden significar un grave riesgo y también son causa de errores. Las **úlceras por decú-**

bito, no es un tema muy lineal o simple, pero en principio cuando a los pacientes no se los hace movilizar adecuadamente en varios días, por supuesto con todas las infinitas variaciones entre los distintos pacientes, pueden terminar con lesiones de esa naturaleza.

Y aunque parezca mentira también está el **error del sitio de cirugía**, y esto ocurrió recientemente, hace muy pocos días en un establecimiento de Buenos Aires donde a un paciente le operaron un hombro en lugar del otro. Y recuerdo otro caso donde le operaron el apéndice cuando en realidad le tenían que operar la vesícula. No es una cosa tan rara este tipo de error. Pero hay cosas que se pueden hacer, como con todo. Por ejemplo en Estados Unidos se han ocupado de esto y han solicitado a todos los profesionales que usen el lápiz dermatográfico y que marquen el sitio de la operación previamente. Y hay otro grupo que le llaman el *Grupo OK*, donde se pasan 30 segundos antes de empezar la operación y uno dice «OK», y cada uno de los que están en el equipo van respondiendo quién es el paciente y de que va a ser operado, y esto ocurre todos los días.

Los ejemplos

Vamos ahora a ilustrar con gráficos todo esto que estamos discutiendo, porque se han hecho estudios muy importantes en el mundo en relación a este tema.

Tenemos estudios que se han hecho en lugares importantes, como es el caso de Harvard, porque nadie va a dudar que Harvard es un centro de alto nivel, y el cuadro de abajo muestra un estudio retrospectivo de 30.195 historias clínicas, en las cuales encontraron efectos adversos en 1133, es decir el 3,7%.

Eventos adversos hospitalarios (OMS)

USA Harvard New York	Hosp. Ag. 1984 - 1991	30195	1133	3,7%
USA Utah, Colorado..	Hosp. Ag. 1992	14565	787	2,9%
Australia QAHCS	Hosp. Ag. 1992	14179	1499	16,6%
Reino Unido	Hosp. Ag. 1999 - 2000	1014	119	11,7%
Dinamarca	Hosp. Ag. 1998	1097	176	9,0%

Fuente: Muniagurria J.L., 2008.-

Tratemos de tomar en cuenta los números o porcentajes de la última columna: 3,7%, 2,9%, 16,6%, 11,7% y 9%, y veamos casos de **eventos adversos en Estados Unidos**.

En el primero de los ejemplos, el caso de Harvard², hubo un **3,7% de efectos adversos, que correspondían a 1133 pacientes**, y significó lo siguiente:

- En el estudio que se realizó hubo un **25% de negligencias médicas**.
 - o 48% por fallas en las intervenciones quirúrgicas.
 - o 19% por uso de medicamentos indebidos.
 - o 14% por infecciones.
 - o 13% por complicaciones técnicas.

² To Err is Human. Building a Safe Health System. Harvard 2000.-

- De este 3,7% de efectos adversos el 70% trajo incapacidades.
 - o De las cuales se recuperaron todos menos el 2,6% que fue permanente.
 - o 13,6% fueron casos fatales

Veamos ahora qué pasa en otro estudio que se hizo dos años después, en Nueva York en 1984, y aclaremos que todo esto se ha publicado en un libro muy importante en el año 2000 que se llama «*To Err is Human. A Safer Health System. Harvard 2000.*» (*Errar es humano. Un sistema de salud más seguro. Harvard 2000*), y que recomiendo que lo lean porque allí van a tener todas las cosas estamos discutiendo en este momento. De ese 3,7% de efectos adversos, 13,6% fueron casos fatales, que producidos a los 33,6 millones de internaciones anuales, significa que entre 44.000 y 98.000 americanos del norte fallecen por año por errores médicos. (Datos de 1997)

El costo de lo que significó el error médico en Estados Unidos fue de entre 17 y 29 billones de dólares anuales. Esto, para ser gráficos, significa tres Jumbos que cada dos días se vienen abajo... y alcanza para terminar de darnos cuenta que no estamos hablando de cosas menores. Desde ya nunca en términos de vidas o de salud, pero tampoco en términos de costos. Son temas muy profundos.

Veamos el ejemplo de **eventos adversos hospitalarios de Australia y Dinamarca**, dos países desarrollados que hicieron estos estudios en hospitales de agudos en 1992 y 1998 respectivamente. Y aquí puede verse comparando que estamos jugando con un 40 a 50% de causas prevenibles:

Australia: 14.179 casos estudiados y 1499 eventos adversos

- 16,6% de eventos adversos

- o 3,7% incapacidad permanente
- o 4,9% fallecieron
- o 51% prevenibles

Dinamarca³: 1097 casos estudiados y 176 eventos adversos

- 9% de eventos adversos
 - o 1097 revisiones
 - o 40% prevenibles

Miremos ahora el **Reino Unido**, también en un estudio en dos hospitales de agudos de Londres que se hizo entre 1999 y 2000⁴:

Reino Unido: 1014 casos estudiados y 119 eventos adversos

- 11,7% de eventos adversos (800.000 por año)
 - o 48% prevenibles
 - o 33% discapacidad o muerte
 - o 3.000.000 días extras de internación
 - o Costo: 1000 millones de Libras Esterlinas

Sigamos mirando y veamos a **Canadá**⁵ : 3745 Internaciones de pacientes adultos estudiadas.

³ Danish Society for patient safety. Noviembre 2005.

⁴ BMJ 2001;322:517- An Organization With a Memory. Dpto de Salud del Reino Unido.

⁵ Protocolo del Harvard Medical Practice Study. Año 2000 Canadian Institute of Health Research.

- 7,5% de eventos adversos (185.000 por año)
 - o Admisiones anuales: 2.5 millones
 - o Fallecimientos: 1,6%
 - o Incapacidad permanente: 5 %
 - o Cirugía 51% Clínica 45% Otros 4%

Agreguemos que en **Europa**, según el Grupo de Trabajo Europeo, 1 de cada 10 pacientes internados sufre de daños o efectos adversos que se pueden evitar.

Y si volvemos al caso de los **Estados Unidos** y si seguimos la cantidad de muertes por distintas causas, errores médicos está en el cuarto lugar, por encima de neumonía, diabetes, accidentes de tránsito, de cáncer de mama, homicidio o SIDA.

Número de muertes en Estados Unidos (1999)

CAUSA	Nº MUERTES (en millares)
Deficiencias cardíacas	727
Traumatismos	160
Cáncer de pulmón	158
Errores médicos hospitalarios	44 - 98
Neumonía	86
Diabetes	63
Accidentes de tránsito	43
Cáncer de mama	42
Homicidio	20
SIDA	17

Fuente: Muniagurria, J.L., 2008.-

Y a esta altura hay ya que remarcar lo importante que es el **reporte voluntario de error médico, especialmente de aquel que no ha provocado daño**, es decir el que denominamos el cuasi error. Muchas veces ese error o cuasi error ha sido detectado, y hay que trabajar para crear conciencia de comunicación del evento, para lograr que el profesional vaya y denuncie aunque sea anónimamente. Porque no hay que buscar quién lo hizo, sino más bien cómo se hizo, cuándo o por qué. El objetivo es saber qué errores se han cometido, y después avisar a toda la población de profesionales que ante un caso similar a esto tiene que procederse de otra forma distinta, para evitar este camino que ha sido absolutamente erróneo.

Identificación de eventos adversos: esto es algo que tomé de Leape, que es una persona que trabaja muchísimo en el tema.

- **No punitivo:** no debe producir miedo a castigo o represalia como resultado del mismo.
- **Confidencial:** la identificación del paciente, el informador y la institución no debe ser nunca revelada.
- **Independiente:** el sistema debe ser independiente de la autoridad con capacidad de castigar al informador o su organización.
- **Análisis por expertos:** los informes deben ser valorados por expertos que consideren las circunstancias del caso reportado.

Es interesante destacar que en primer lugar la notificación de eventos adversos para que sea efectiva tiene que ser antes que nada un hecho no punitivo, es decir no debe producir miedo a castigo o represalias, porque sino el médico no va avisar, no va a hacer nada, y en este momento me consta que no va a hacer nada porque además está trabajando con el temor o el miedo que le pase algo. Y con esto lo único que se consigue es aumen-

tar los costos, porque para protegerse va a hacer pedidos de cosas increíbles o que no tienen ningún sentido de ser, y es lo que llamamos «*el médico a la defensiva*»

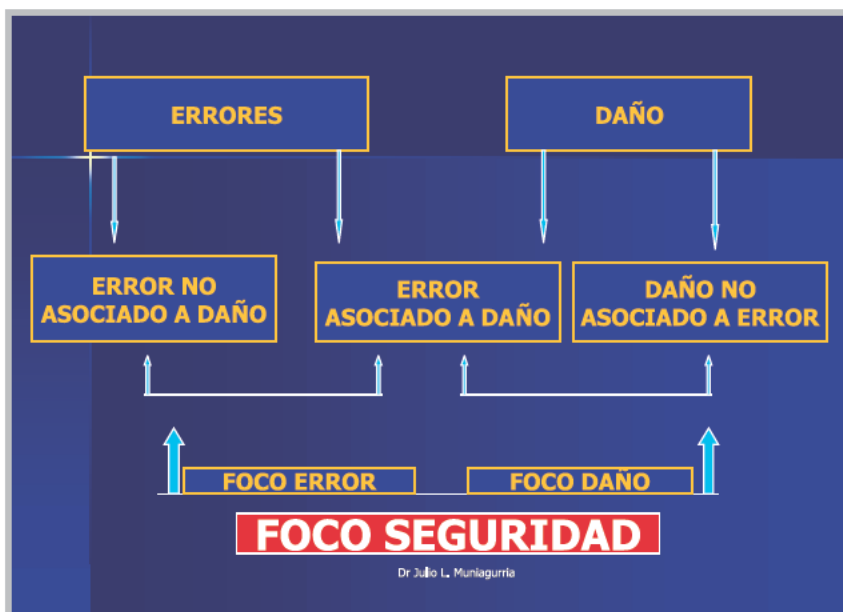
Como se cita arriba, además debe ser confidencial, la identificación del paciente o del informador de la decisión no deben ser nunca reveladas; el sistema debe ser independiente de aquel con capacidad de castigar al informador o a su organización, y los informes deben ser analizados y valorados por expertos que consideren las circunstancias del caso reportado.

Además la notificación debe ser **ágil**, los informes deben ser analizados con prontitud, haciéndoles llegar las recomendaciones a las personas que las presentan y deben además estar **orientadas hacia el sistema**, de manera tal que los procesos y recursos vayan otra vez al individuo. Y finalmente debe ser **sensible**, o sea que la agencia que recibe los informes debe ser capaz de difundir recomendaciones y consensuar actuaciones con las organizaciones implicadas.

La idea entonces es que a partir de esos eventos adversos que nos preocupaban tenemos que poner el foco en la seguridad.

Es decir que lo importante ahora es trabajar sobre el foco seguridad, porque el error, o muchas veces el cuasi error no hace daño y pasa imperceptiblemente. Y allí va a ser útil que el médico diga pasó tal cosa, no ocurrió nada pero acá lo informo. Distinto el caso de error asociado a daño, porque eso por supuesto es una cuestión que hay que trabajarla y hay un tema jurídico de por medio, porque alguien va a tener que resarcir. Pero señalemos que el daño no asociado a error, si no está bien conversado puede terminar también en una causa judicial.

Eventos adversos



Fuente: Dra May Choumali. Clínica Las Condes. Santiago de Chile. 2005

Errores de prescripción de medicamentos y conclusiones

Y acá también traje algo de los errores de prescripción, porque muchas veces nos olvidamos que las prescripciones médicas no solamente son en internación sino también en el ámbito ambulatorio. Y a nivel ambulatorio en un estudio del 2005 dijeron que hubo un error en el 7,6% de las prescripciones. Y en el 43% de ellas, se detectaron errores potenciales que podían generar efectos adversos.

¿Y cuáles son las causas de estos errores en la medicación?

- Fallas en la prescripción.
- Fallas en la transcripción.

- Fallas en el despacho.
- Fallas en la administración.

Y puede verse como aquí entra el farmacéutico, entra el dependiente, entra la enfermera, entra el médico, entra mucha gente que está trabajando en toda esta cadena de prescripciones.

Hay un trabajo del 2007 en Francia⁶, sobre diez centros hospitalarios donde se dice que **los eventos adversos farmacológicos constituyen en promedio el 21% de los motivos de consulta en los departamentos de urgencia hospitalaria** por parte de los pacientes ambulatorios, y gran parte de ellos podrían prevenirse si se implementaran estrategias dirigidas a los médicos, los farmacéuticos y los enfermos. Por eso, cuando hablamos de personal inadecuado e insuficiente hay matemáticamente un aumento de riesgo de los pacientes internados.

Se trata entonces de prevenir los errores, de anticiparse a ellos, de aprender de los errores, de identificarlos, lograr una concientización del problema e introducir mejoras.

Y para concluir, mencionemos cuáles deben ser los **objetivos** si queremos lograr lo anterior:

- Mejorar la calidad asistencial.
- Mejorar la seguridad de los pacientes.
- Disminuir los juicios de mala praxis.
- Evitar la medicina a la defensiva.
- Disminuir los costos.

⁶ Drug Safety(1):81-88-2007 Queneau, Bannwarth, Adnet F. Paris Francia. 10 centros hospitalarios.

Diálogos entre el Derecho, la Salud y la Economía Marco Constitucional en Materia Sanitaria

Dr. Mariano Candiotti

Introducción

En primer lugar agradezco a las autoridades de FEFARA la invitación, y al Dr. Carlos Vassallo por su insistencia y también por su generosidad en haberme invitado.

La invitación estaba destinada a participar en una Mesa sobre el diálogo de la salud, la economía y el derecho, y de alguna manera esta redefinición del formato de las mesas a mí se me acomoda perfectamente al temario que tenía preparado para desarrollar en estas Jornadas. Probablemente sea un tema tal vez un poco diferente al que comenzó desarrollando el Dr. Julio Muniagurria, y seguramente también va a ser diferente al que nuestro expositor posterior va a desarrollar.

Consultaba recién entre los presentes sus profesiones o actividades, y veo que la mayoría de ellos pertenecen a formaciones vinculadas a la administración de salud y a temas o a ramas de la salud. Quiero aclarar entonces que lo mío va a ser de alguna manera un enfoque desde lo jurídico, voy a intentar ser didáctico y lo menos aburrido posible, y tratar de sintetizar en nueve puntos algo que hemos denominado el **marco constitucional en materia sanitaria**, siguiendo la planificación de un autor como Oscar Garay, que fue quien lo

llevó a cabo y lo presentó en un seminario vinculado a este tema. A mí me pareció muy interesante su organización, y por supuesto con agregados y opiniones propias, voy a tratar de seguir poco esa línea, siempre vinculando el tema con la perspectiva sanitaria, y como colofón de estos nueve puntos terminaremos con algunas conclusiones también en relación al tema sanitario.

Los derechos constitucionales

Todos sabemos la importancia que tiene tanto en la vida cotidiana como en la vida ciudadana la vigencia de una norma superior como es la Constitución Nacional, norma a la cual la totalidad de los derechos y deberes de los ciudadanos deben necesariamente adecuarse.

La Constitución en esta materia tiene derechos considerados implícitos y explícitos. Comencemos por ver los **derechos explícitos**, y digamos que dentro de estos derechos explícitos también hubo una evolución que es muy importante que tengamos en cuenta en este momento. Hay **derechos denominados de primera generación**, que son los derechos que la Constitución Nacional va a desarrollar más originariamente, son derechos vinculados a la época histórica de la Constitución y son los derechos individuales. La Constitución Argentina es una constitución de un período absolutamente liberal, donde lo que más le importaba el individuo era justamente que el Estado no se metiera con el individuo. Es decir, el individuo era él y su circunstancia, él solo tenía que definir su vida o su futuro, y los derechos individuales estaban vinculados a ese tema, a que el Estado no apareciera en su vida y que se le garantizara la plenitud de sus derechos.

Esta primera generación encuentra naturalmente **derechos de segunda generación**, que son los derechos que nosotros abrevamos y vemos en el siglo XX, que son los derechos

sociales, y vemos entonces la incorporación a las constituciones nacionales de los denominados derechos sociales, como el derecho a la salud, el derecho a la agremiación o el derecho al trabajo. Éstos son derechos considerados de segunda generación porque tienen una influencia directa o lo que nosotros denominamos la impronta de la constitución americana, la mexicana y la constitución de Weimar. Y en nuestro país la recepción de estos derechos tiene dos etapas: una es la Constitución de 1949, que como se sabe fue una constitución que tuvo muy poca vigencia en nuestro país, solamente desde 1949 a 1956, y en el año 1957 se da la consagración de los derechos sociales en el denominado hasta el día de la fecha «Artículo 14 bis». Sobre este tema recordemos que este Artículo 14 bis, en el año 2007, precisamente el 25 de octubre de 2007, cumplió 50 años, es decir ha consolidado un estándar de derechos sociales que es imposible retroceder.

Y hay **derechos explícitos de tercera generación**, que son los nuevos derechos, como el derecho al ambiente o los derechos de los consumidores, que están dentro de la categoría de los denominados derechos humanos.

Estos que acabamos de ver son los derechos explícitos en nuestra constitución consagra, pero también tenemos los considerados **derechos implícitos**. Veamos cuáles son los derechos implícitos, y esto es importante tenerlo en cuenta porque a partir de acá empieza a desgranarse y de alguna manera a articularse el resto de la charla.

¿Cuáles son los derechos implícitos? Son los derechos denominados personalísimos: derecho a la salud, derecho a la vida y derecho a la dignidad, son los derechos que están implícitamente en el contexto y el espíritu de nuestra constitución. Estos derechos personalísimos van a ser especialmente considerados por el derecho y por una parte del denominado derecho sanitario.

El poder de policía

Entramos en el segundo punto, el poder de policía, que está vinculado a algo que está incorporado a nuestra vida cotidiana, y este término técnico probablemente nos resulte extraño.

¿Qué es el derecho de policía, o el poder de policía? Todos sabemos que el conjunto de derechos no necesariamente se puede ejercer en su plenitud sino que debe tener alguna reglamentación, el artículo 31 de la Constitución establece que todos los derechos van a poder ser gozados en la medida que sean reglamentados. **El poder de policía es el derecho de reglamentación y el derecho de limitación.** Todos sabemos que cuando se sanciona una norma inmediatamente sobreviene el decreto reglamentario, esto es de ejercicio del poder de policía. Y también en materia de derecho sanitario y de interpretación del poder de policía, tenemos una interpretación del poder de policía, o sea de limitación en un sentido amplio.

Veamos cuáles son los temas que están en el poder de policía en un sentido amplio, es decir todo lo que se puede limitar y reglamentar: son temas económicos, temas sociales, temas de salud, temas de bienestar y temas de educación. Estas son las materias que pueden ser objeto de aplicación del poder de policía. En el sentido restringido hay una interpretación que también tiene que ver con lo que acabamos de denominar los derechos implícitos, y en este sentido restringido el poder de policía apunta básicamente a tres temas: moralidad, salubridad y seguridad pública, que son entonces los poderes de policía implícitos que tiene la Constitución Nacional.

El derecho federal aplicable en materia de derecho sanitario

Nos vamos acercando al tercer punto, que es la **consagración del derecho federal que rige la materia sanitaria.** El artículo primero de la Constitución Nacional habla de que la República Argentina, y pido disculpas a los visitantes extranje-

ros pero me voy a limitar solamente a la República Argentina, establece en su artículo primero un mandato para todos los constituyentes, y para todos los ciudadanos y los gobernantes fundamentalmente, y adopta un sistema representativo, republicano y federal. Y es federal porque nuestro país reconoce una historia de preconstitución provincial y advenimiento federal posterior, y el derecho por excelencia que reconoce la Constitución Argentina es el derecho federal.

Se establece entonces un marco de derecho federal a partir de la nomenclatura que se deriva del artículo 31, que consagra también una suerte de estructura piramidal, los abogados hablan del estudio de la Pirámide de Kelsen, que es la pirámide que establece las categorías normativas. Esto es aplicable también al derecho federal sanitario, y la primera norma que rige el derecho federal sanitario es la Constitución Nacional porque es el cuerpo normativo federal por excelencia.

En el mismo rango y luego de la reforma de 1994, se han incorporado como materia en Argentina los tratados de derechos humanos internacionales, a través del artículo 75, incisos 22 y 23, que los incorpora. Argentina es una de las pocas naciones que han incorporado todos los tratados internacionales, lo que se denomina el bloque de constitucionalidad, a su derecho positivo interno. A la par de estos tratados de derechos humanos están los otros tratados internacionales que la Argentina ha aprobado. Cuando hablo de tratados estoy hablando de tratados que tienen contenido sanitario, no estoy hablando de otros tratados de otras materias, estoy hablando de tratados que tienen un contenido que hace a la problemática que hoy nos ocupa.

Luego están las leyes del Congreso Federal, sobre esto vamos a avanzar luego y vamos a desarrollar las leyes del Congreso Federal que son las leyes que dicta el Congreso de la Nación y que tienen alcance federal. Hay otras que no lo tienen, como por ejemplo todas otras normas emanadas del gobierno federal, las constituciones provinciales, las leyes y los decretos ministeriales.

Esto que hemos explicado sería entonces lo que nosotros consideramos el derecho federal aplicable en materia de derecho sanitario.

Relaciones de la estructura federal.

Ahora vamos hablar del punto número cuatro que son las **relaciones de la estructura federal**. Nuestro país es una república representativa, republicana y federal, compuesta por provincias que tienen autonomía provincial y que reconocen la existencia de un Estado Federal, cuyo objetivo principal es la coordinación y la armonización de la cosa pública. Es decir que los provincianos hemos delegado estas funciones en el Estado Federal.

Entonces existen relaciones de **coordinación** entre lo federal y lo provincial por una necesidad de ordenar un país federal, un país federativo. ¿Qué tipo de relaciones hay? Hay relaciones de coordinación en materias que son exclusivas del orden federal, y materias que son concurrentes entre nuestras provincias y el Estado Federal. Luego vamos a ver cuáles son las exclusivas y cuáles son las concurrentes, pero esto es una tarea de relación, de coordinación en igualdad.

Después están las relaciones de **subordinación** y de **supraordinación**. Por ejemplo nosotros sabemos que en cuanto a subordinación existe en primer lugar la Constitución Nacional y en segundo lugar las constituciones provinciales, y cuando la Constitución Nacional habla de seguro social lo pone por encima de las constituciones provinciales. Y hay una relación también de supraordinación en las estructuras judiciales, que reconocen en la estructura federal y en la Corte Suprema de Justicia una pauta ordenatoria, que por aplicación del principio de la economía procesal las tornan no obligatoria, sino necesarias de acordar. Y esto puede verse en los recientes fallos y lo que seguramente luego se va a ampliar, en la materia de ordenación de atención a las empresas de medicina prepaga, la incorporación

a los programas médicos obligatorios de emergencia de nuevos tratamientos, y esto lo hecho la Corte por el principio de supraordinación, o sea aplicando esta facultad.

También existen relaciones de **inordinación**, que es otra palabra que se se utiliza mucho en derecho público. ¿Qué es la inordinación? Es cuando a nuestra voluntad, aún siendo mayor, la sometemos a otro para que el otro realice una tarea. Un ejemplo típico de esto es cuando nosotros le damos el mandato a los constituyentes para la reforma de la Constitución, que va a ser superadora de nuestras voluntades. Eso es inordinación, esa es la concepción jurídica técnica de estas relaciones.

Competencias entre Nación y provincias en materia sanitaria

Llevados por este tema de la existencia de relaciones, vamos ahora a considerar un tema que está puntualmente vinculado al tema sanitario más profundo, que es el tema de las **competencias entre Nación y provincias en materia sanitaria**.

Esto es un tema que no por debatido cotidianamente es un tema fácil, y no es un tema que realmente no signifique un montón de conflictos cotidianos. Seguramente muchos de los aquí presentes han tenido más de una oportunidad para cuestionar eso y preguntarse por qué este tema, que es un tema nuestro, provincial, tiene una tutela y una organización desde el punto de vista federal. Y esto tiene que ver con el reparto de las competencias legislativas. El artículo 121 de la Constitución Nacional establece claramente, y éste es un principio que tiene que ver con la organización federal preexistente en Argentina, que el principio es que las provincias conservan todo el poder no expresamente delegado. Es el principio de ese tema, y entonces nosotros tenemos que hay competencias exclusivas en materia federal, competencias exclusivas de las provincias y algunas competencias concurrentes. ¿Cuáles son las concurrentes? Las que surgen del artículo 125 de la Constitución Nacional, sobre las que luego va-

mos a hablar, y que son las competencias en que confluyen Nación y provincias y tienen intereses concurrentes y recíprocos e importancia. Y uno de ellos está vinculado precisamente a la salud, a la formación de los trabajadores de la salud, y ya vamos a ver por qué tiene una importancia concurrente.

En materia de competencia federal nosotros destacamos que el poder de policía federal está vinculado como competencia exclusiva de la Nación por el interés tutelado, y ese interés tutelado es el del bienestar común o de la salud. Esto deviene ya del Preámbulo mismo de la Constitución Nacional, un concepto amplio de bienestar y de bienestar general, que es un concepto de salud. Esto lo mencionamos antes, cuando hablamos de los derechos implícitos, y mencionamos el de salubridad, de moralidad y de seguridad pública, y vimos que hacían a las competencias provinciales. La competencia provincial ha quedado no delegadamente, sino en forma exclusiva con este tema.

Tipos de leyes dictadas por el Congreso Nacional

Veamos ahora las **clases de leyes que dicta el Congreso Nacional**. Dicta normas consideradas **normas locales**, y las normas locales son aquellas normas que las dictan las constituciones, las legislaturas provinciales, o las dicta el Congreso Nacional, como si la sede de la Capital Federal fuese una provincia. Cuando se habla de la aplicación en Capital Federal o en los Territorios Nacionales, eso hace una ley que se denomina ley local.

Luego están las **leyes o las normas de derecho común**. Las normas de derecho común las conocemos y las aplicamos cotidianamente, por ejemplo la relación nuestra para la compra-venta de un automóvil está regida por el Código Civil en todo el país, esto es una norma de derecho común o derecho de fondo. En la aplicación del concepto de lo que es un comerciante es un código de fondo. Y la característica de las leyes de derecho común es que las aplican los jueces provinciales, o los jueces federales eventualmente, pero son de aplicación provincial.

Y luego están las otras leyes, que son las **leyes o normas federales**, y son aquellas normas que las dicta exclusivamente el orden federal y las aplica exclusivamente la justicia federal. Aquí en materia de salud es muy difícil identificar una ley exclusivamente federal, pero tal vez en otro tema sea más fácil verlo claramente, por ejemplo todo lo vinculado al tema de contrabando es un concepto federal, los otros conceptos o son locales o son comunes, y son excepcionalmente las normas federales de aplicación en materia de derecho sanitario.

Encuadre normativo del derecho sanitario

En el derecho sanitario, hay un principio que es un principio de los derechos humanos que se llama el principio *pro homine*. En materia de salud y en materia de conflicto normativo, el principio aplicable por la teoría de los derechos humanos que está incorporada en la Constitución Nacional, es que en principio cuando se da un conflicto normativo entre una ley federal, una ley local o una ley común, siempre debe aplicarse aquel derecho que es más favorable a la salud de la persona, a la dignidad de la persona y al bienestar de la persona. Este criterio *pro homine* es el criterio que siempre sostiene la Corte en sus fallos, siempre y cuando la base del derecho esté receptada en la normativa jurídica argentina, esto es central para nosotros, porque nosotros tenemos que tener un anclaje normativo para cualquier reconocimiento de derechos sanitarios que queramos aplicar.

Veamos qué es el **derecho sanitario**, para ir sintetizando este tema. **El derecho sanitario es un plexo normativo, es un conjunto normativo que va a regir la actividad de la administración sanitaria.** El plexo normativo está integrado en general por normas, decretos reglamentarios, constituciones provinciales, directivas de los ministerios, y es el conjunto de normas que rigen a la administración del tema de la salud.

¿Cuáles son los objetivos de la legislación? El primer objetivo es naturalmente la promoción y el fomento de la salud pú-

blica, otro objetivo es operativo, es autorizar el funcionamiento de los servicios de salud y determinar y dictar las normas del funcionamiento de los programas de salud. Este tríptico son los **objetivos del derecho sanitario**, las leyes que dictan los gobiernos, son los denominados códigos sanitarios federales, y existen también los códigos sanitarios panamericanos e internacionales, de los cuales Argentina ha incorporado más de una norma. A su vez el poder sanitario y el poder de profesiones, que reitero que no está delegado por las provincias a la Nación, y de hecho las provincias ordenan sus sistemas sanitarios y regulan el ejercicio profesional.

En este sentido es bueno recordar que tanto en materia sanitaria como en materia laboral no existe algo que es muy utilizado y de mucha utilidad en el derecho argentino, que es el principio de la codificación o la sistematización. Si miramos el ámbito del derecho civil, y analizamos el derecho laboral por ejemplo o el derecho a la salud veremos que no están codificados. ¿Qué significa la codificación? La **codificación** no es solamente la acumulación de la normas en un texto único, la codificación significa una sistematización programada de normas con una suerte de hilo conductor, con una suerte de principios declarados, con un título preliminar y con libros que compongan una sola unidad de codificación. ¿Por qué? Porque hay leyes sanitarias dictadas por el Congreso Nacional, las legislaturas provinciales, los poderes ejecutivos nacional y provinciales, los ministerios de salud tanto provinciales como nacional, y luego están las normas que dictan los centros o los institutos vinculados a la problemática de la salud, y cito tres solamente: el INCUCAI, la ANMAT o la Superintendencia de Servicios de Salud. Todos estos entes tienen capacidad de legislar en materia de leyes formales, y esto tiene que ver porque no existe un sistema de armonización ni de codificación en materia sanitaria.

La legislación sanitaria sigue en esto un principio de la seguridad social, que es el **principio de la integralidad**. ¿Y a qué apunta? El de la seguridad social trata de proteger desde las

mismas prestaciones las contingencias que a lo largo de su vida inexorablemente o fatalmente ocurrirán, y comento que la fatalidad es un término jurídico, son cosas que van a ocurrir, y la muerte es un hecho fatal y jurídicamente relevante. En materia sanitaria este criterio de integralidad es seguido por la legislación, porque hay legislación vinculada a la persona por nacer, al niño, al adolescente, al adulto, al adulto mayor, y aún hay normas sanitarias para la posteridad, o sea para la muerte.

Otro tema importante en materia de legislación es ver cuáles son las **áreas que abarca la legislación sanitaria**, por ejemplo salud pública, profesionales, medicamentos, efectores de salud, obras sociales, medicina prepaga, estupefacientes, y otros más que luego vamos a identificar con determinadas leyes.

Veamos cuáles son los casos de la legislación sanitaria con competencia provincial y nacional. Sería imposible de abordar la totalidad de las normas que hay en materia sanitaria federal y provincial, entonces para tratar de explicitar ese tema he tomado algunas que me parece importante mencionar, y tratar de ver cuáles son las leyes de aplicación de conocimiento cotidiano para todos, qué origen legislativo tienen y cuál es la situación de las provincias en cada una de ellas.

Por ejemplo un primer punto son las **leyes vinculadas al ejercicio profesional de los trabajadores de la salud**.

Las provincias delegaron el poder de policía a la Nación en materia de educación, y esto se refiere a que lo delegaron en materia de títulos, contenidos de programas y habilitación profesional. Todos sabemos que el otorgamiento de títulos, como por ejemplo el de medicina, es de alcance nacional. ¿Qué ha quedado para las provincias? Las provincias no han delegado el ejercicio del poder de policía de esas profesiones en cada ámbito nacional. Y hay que fijarse que las leyes que se han dictado tienen alcances nacionales, por ejemplo la ley de medicina, ley de odontología, ley de farmacia, ley de nutrición, ley de enfer-

mería, ley de kinesiología, o la ley de psicología. Todas estas profesiones y otras más que no son de esta materia, porque estoy vinculando algunas de las profesiones y por supuesto también hay otras que están vinculadas al mundo de la salud, todas estas profesiones reconocen que el control de la matrícula y el control disciplinario es provincial. Esto ocurre por aquello que nosotros habíamos mencionado de las facultades concurrentes y de las facultades exclusivas del orden federal y de las facultades exclusivas de la provincia, en tanto de las normas de los trabajadores de salud también son de alcance local.

Veamos un segundo caso del origen de las leyes: leyes vinculadas con derechos personalísimos. Nosotros habíamos visto que los derechos personalísimos eran los derechos considerados de derecho implícito en la Constitución Nacional, y que están vinculados con la vida o la dignidad, y el dictado de estas normas es competencia del orden federal. Aquí por ejemplo se puede nombrar a tres leyes que están dictadas por el Congreso Nacional pero son normas de derecho común. Voy a citar dos: la Ley 24.193 de Transplantes, que es una ley que tiene una característica especial porque es mixta, es de orden común pero el contralor lo ejerce el poder central, y por lo tanto es una ley común, tiene derechos común y derecho federal.

Otra ley es la N° 23.798, la Ley Nacional de SIDA, que es una ley que se aplica en todo el territorio nacional pero cada provincia tiene la obligación de ejecutarla. Si analizamos los distintos INCUCAI, que pueden tener distintos nombres en uno u otro lugar, esto tiene una organización provincial personal del marco común nacional.

Otro ámbito de aplicación del derecho federal son las leyes que hablan sobre salud y mujer. Voy a citar algunas que están vinculadas a nuestra charla: la ley 25.673 es la ley que establece el Programa Nacional de Salud Sexual, es una ley local, la ha sancionado el Congreso de la Nación y la aplica el Ministerio de la Nación, pero invita a todas las provincias a adherirse a su

dictado. Muchas lo han hecho y muchas no, no traje el recuento de las provincias ordenadas que han adherido o no, pero no todas están adheridas.

Otra ley vinculada a este parámetro es la Ley 26.130, que es una ley muy polémica que autoriza la contracepción porque específicamente autoriza la ligadura de las trompas de Falopio y la vasectomía. Es una ley nacional que invita también a las provincias a adherirse, si bien son pocas las provincias argentinas que se han adherido a esta ley.

Otra ley vinculada con salud y mujer es la Ley 26.150, que establece el Programa Nacional de Educación Sexual, es de educación sexual por eso es federal y se aplica en todo el país, y acá hay que recordar que la educación es algo que las provincias han delegado en la Nación.

Otro escenario, otro universo de aplicación de leyes vinculadas al derecho sanitario son aquellas leyes que hablan de discapacidad, por ejemplo la ley 22.341 por todos conocida, que crea un sistema de provisión integral de discapacitados. Nuevamente se trata de una ley local y se invita a las provincias a dictar normas análogas. Y hay que advertir que es una ley que tiene hasta una terminología que hoy en día está absolutamente superada.

Otros parámetros, otras normas que abarcan como dijimos a los aspectos materiales de derecho sanitario están vinculadas a leyes sobre internación de personas con deficiencias mentales y adicciones. Hay una ley, la Nº 22.914, que es una ley de carácter local, o sea que la ha sancionado el Congreso de la Nación pero no es federal, por lo tanto las provincias deben dictar sus normas o adherirse a normas similares. En este sentido hubo luego de la sanción de esta ley muchísima actividad en varias provincias, muchos congresos vinculados a la sanción de muchas normas. Pero el resultado es que muchas provincias avanzaron y otras no tanto sobre este tema que es un tema muy

complejo, porque requiere no solamente aspectos vinculados a la formación médica, sino también recursos concretos, porque habla de internación en materia de salud mental y alcoholismo, que es otra de las adicciones que trata.

Hay un sexto grupo de leyes que están vinculadas a uno de los temas centrales de estas Jornadas, que son las leyes sobre medicamentos. Hay una ley muy vieja, que es del año 1964, cuando tuvimos un desarrollo muy importante en materia de sanciones de medicamentos. Recordemos el proyecto denominado Ley Oñativia y las consecuencias institucionales que le trajo a nuestro país. Pero de la ley que quiero hablar es de la Ley 16.463, que es una ley que regula la importación y exportación de medicamentos. Es una ley no derogada, es una ley local de aplicación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en los Territorios Nacionales. La nueva constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reconoce en su texto un artículo donde se recupera esta atribución de importar y exportar medicamentos como facultad provincial.

Y hay otra ley que es muy conocida desde ya en este ámbito, que es la ley 25.649 que es la Ley de Medicamentos Genéricos, y que también es una ley local que invita a las provincias a adherirse, y es una ley que obliga al otorgamiento de las prescripciones médicas a seguir determinadas pautas vinculadas con el uso de los genéricos, como utilización para prevención de algún tipo de patología. Esta ley tiene una característica que la emparenta con una ley federal, la ley 22.240 es la ley de derecho del consumidor, y es una ley que nosotros cotidianamente conocemos y que hace muy poco fue modificada. Esta es una ley de alcance nacional también y la ley de genéricos remite a la ley 22.240 porque considera usuarios a los pacientes que adquieren los medicamentos, los considera usuarios y como tal los tutela especialmente. Como es sabido, en la ley del usuario y el consumidor, el derecho de consumo es lo mismo por ejemplo que el derecho de medio ambiente, son los derechos nuevos o de tercera generación de los que hablamos al principio.

El último rubro de materias a abordar por el derecho sanitario son las leyes que regulan las obras sociales, las leyes 23660 y 23661, que regulan las obras sociales y construyen el denominado seguro nacional de salud, y que son leyes de alcance local, no son de aplicación federal. Todas las provincias argentinas pueden adherirse por los artículos 48 y 49 de la ley, pero todas las provincias argentinas tienen su propio sistema de obras sociales, fundamentalmente para su sistema de empleados públicos y pueden convivir y compartir este sistema. A raíz de esta concurrencia es que desde el Estado Nacional se han dictado normas que regulan la vigencia de los hospitales públicos de autogestión, para tratar precisamente de hacerlos compatibles con la existencia de las leyes de obras sociales, tanto provinciales como sindicales, para permitir precisamente a los hospitales que atienden, el recupero de la inversión en la prestación de salud que realizan frente a la contingencia o inmediatez, por supuesto sin preguntar a qué obras sociales pertenece el paciente atendido en ese efector público.

Estas han sido para mí las distintas áreas con que nosotros abordamos el tema de las materias, siete leyes de materias que el derecho sanitario incluye.

Conclusiones

Para ir concluyendo voy a citar algunas ideas de los contenidos y del derecho de salud a mi criterio. Pido disculpas si he sido tal vez un poco tedioso, pero me parecía importante ver primero el fundamento teórico, que justamente habilita a formular las siguientes conclusiones.

Derechos y poder de policía: la Constitución Nacional reconoce derechos implícitos y explícitos, pero les reconoce una limitación a través del derecho de policía. El derecho de policía reglamenta y limita el derecho nacional y los derechos implícitos y explícitos.

Existe por otra parte en materia de derechos sanitarios un poder delegado y un poder no delegado, consagrado por el artículo 121 de la Constitución Nacional, y reitero que por el principio federal de nuestra Constitución, las provincias conservan todo el poder no delegado a la Nación.

Competencias legislativas en materias sanitarias:

a las provincias les compete el poder de policía restringido: salubridad, moralidad y seguridad pública. Los incisos 18 y 19 del artículo 75 establecen la competencia federal en materia de poder de policía. Hablo fundamentalmente del bienestar o el bien común, esto es materia federal, El artículo 75 inciso 19 ratifica la facultad de formación federal en materia de formación de los profesionales universitarios, en materia concurrente con el artículo 125 de la Constitución Nacional para las provincias argentinas.

Es importante la finalidad del Congreso Federal y el derecho federal en materia sanitaria, porque tiene por objeto armonizar la normas. Nosotros debemos reclamar la existencia de un derecho federal unificado y armónico, porque nos va a permitir el pleno goce del derecho a la salud en todo el ámbito del territorio nacional. No hay que olvidar que nuestro país reconoce grandes asimetrías en materia de goce de derechos, y los derechos que no pueden ser gozados son simplemente expresiones de deseo, aunque estén consagrados en nuestra máxima Carta Magna.

Y por último y en este sentido, creo que en materia de derechos sanitarios debe ratificarse el principio *pro homine*, es decir que por encima de cualquier conflicto normativo la dignidad del hombre y el principio de preservar la salud deben ser aplicados aún cuando el derecho entre en colisión, por aquella norma que más lo favorezca, siempre cuando tenga el principio de legalidad que esté consagrado en nuestro ordenamiento.

Judicialización de la Salud
La Experiencia desde la Superintendencia
de Servicios de Salud

Dr. Oscar O. Cochlar

Introducción

Adhiero al agradecimiento de los anteriores expositores a la invitación, y mi objetivo es tratar de transmitir en este espacio algo de nuestra experiencia en la Superintendencia de Servicios de Salud, y también ver cuáles han sido los números que nosotros hemos visto en dos materias diferentes: en un caso la mala praxis o la denominada mala praxis médica, y en el otro los conocidos como recursos de amparo.

Previo a eso les quiero contar un poco donde estamos parados, o cómo funciona nuestro sistema, si es que así se puede calificar al mismo, nuestro sistema de salud. En lo personal, yo creo que eso no es un sistema, porque nosotros tenemos una diversidad de regímenes de salud, que aunque sean conocidos vamos a enumerarlos:

- Obras Sociales Nacionales
- Obras Sociales Provinciales
- Sistemas Públicos (Nacional y Provinciales)
- Sistema Privado

- Subsistemas Seguridad Social
 - Fuerzas Armadas y Otros
 - Poder Judicial
 - Poder Legislativo
 - Obras Sociales Universitarias

Y las diferencias que tienen no son estrictamente del derecho aplicable sino de su financiamiento, y más concretamente de tener diferentes cajas de financiamiento. Hemos resumido esto en la tabla que mostramos abajo.

Seguridad Social en Argentina

	LEYES	POBLACION	COBERTURA	FINANCIACIÓN	CONTROL
OBRAS SOCIALES	23.660 23,661	Trabajadores en relación de dependencia (14 millones)	PMO	% Aportes y Contribuciones	SSSALUD
EMP	24.240 24.754	Contrato privado (800 mil)	24.754	De bolsillo	Sin regulación (Sec. Defensa del Consumidor)
SISTEMA PÚBLICO (Nac. y Prov.)	CONST. NACIONAL CONST. PROVINCIALES	Sectores sin cobertura (19 millones)	Legislación Local	Presupuesto Nacional Presupuestos Provinciales	AGN – SIGEN Controles Públicos
OBRAS SOCIALES PROVINCIALES		Empleados Públicos Provinciales (5 millones)	Leyes de Creación	% Empleados Públicos	Sin regulación Controles Provinciales
Poder Judicial - Poder Legislativo Policía Federal - Gendarmería Ejército - Armada - Fuerza Aérea		Empleados del área (1 millón)	Leyes de Creación	% Sueldo	Sin regulación
OBRAS SOCIALES UNIVERSITARIAS	24.741	Docentes y no docentes universitarios	Sin regulación	% Aportes y Contribuciones	Ministerio de Salud

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.-

Si las miramos por tipo, por un lado están las obras sociales nacionales que son aproximadamente 300, las más comunes las sindicales y las del personal de dirección, les siguen las obras sociales provinciales, ya que por este tema de las competencias

no delegadas cada provincia tiene sus empleados públicos dentro de sus obras sociales locales o provinciales, más todos los sistemas públicos nacionales y provinciales. A eso hay que agregarle los sistemas privados y todos los otros subsistemas de la seguridad social, seguridad social que también alcanza a las nacionales y las provinciales, como las del poder judicial, legislativo, fuerzas armadas, policía, gendarmería y universidades.

Cada uno de esos subsistemas tiene un financiamiento diferente e independiente, y por lo tanto cada uno sustenta su salud con sus propios recursos. En la seguridad social el Estado no pone nada porque la seguridad social se autofinancia, en el caso de la nacional con los aportes y contribución de los trabajadores, aunque en general la población se confunde bastante creyendo que es el Estado el responsable del financiamiento, y desde ya en la seguridad social esto no es así.

¿Cuánta gente tenemos dentro de la seguridad social?

Hoy tenemos aproximadamente 18 millones de personas dentro de la seguridad social nacional, y si incluimos a las obras sociales provinciales y al resto de los subsistemas de seguridad social estamos hablando aproximadamente de 24 millones de personas. Esto es decir la mitad

Totales por tipo de Obra Social

TIPO DE O.S.	POBLACIÓN
ADHESION	29,483
ADMIN MIXTA	3,671,475
ADOS	28,955
DIRECCION	967,803
EMPRESA	11,604
ESTATALES	18,226
LEY 21476	23,990
MUTUALES	15,052
OTRA NATURALEZA	1,064,612
POR CONVENIO	18,077
SINDICALES	11,621,401
UNIVERSITARIAS	2,976
SSS, 2008	Total general
	17,473,654

de la población, la mitad de los argentinos está cubierta por algún sistema de seguridad social en materia de salud, el resto no tiene nada, o por lo menos no tiene un sistema asignado basado en algún financiamiento social.

Como puede verse en el cuadro de la derecha, la mayor cantidad de personas están dentro de las obras sociales sindicales, y lo que se ve como de administración mixta es el PAMI, el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que actualmente ya está llegando a los 4 millones de afiliados.

Para no ser repetitivo, simplemente voy a enumerar las leyes que constituyen el marco normativo para las obras sociales, que son las siguientes:

- 23.660 / 23.661 - Obras Sociales
- 23.753 - Diabetes
- 24.455 - HIV
- 24.901 - Discapacidad
- 25.421 - Salud Mental
- 25.649 - Medicamentos Genéricos
- 25.673 - Salud Sexual y Reproductiva
- 25.865 - Monotributo
- 25.972 - Prórroga Emergencia Sanitaria

Y sobre esto solamente voy a comentar que estas últimas leyes que se han dictado, salvo la de Emergencia Sanitaria que es una prórroga sucesiva desde el año 2002 de determinados beneficios para el sistema, todas las otras leyes han sido dictadas por el Congreso Nacional de prácticas y prescripciones que se incorporan al Programa Médico Obligatorio, el PMO. Como se sabe, el PMO es una resolución del Ministerio de Salud, resolución que surge de una delegación legislativa de la ley de obras sociales hacia el Ejecutivo y del Ejecutivo hacia el Ministerio de Salud. Y todas estas leyes han prescrito incorporaciones al Programa Médico Obligatorio, pero ninguna estas leyes dice cómo se financian estas prácticas. Otra vez simplemente las enumeramos:

- 24.788 (Alcoholismo)
- 25.404 (Epilepsia)
- 25.415 (Hipoacusia)
- 26.339 (Emergencia Sanitaria)
- 26.396 (Trastornos alimentarios)

Y lo mismo ocurre con los decretos y todas las normas que se dictaron en su consecuencia:

- 576/93 - Reglamentación Leyes 23.660 y 23.661
- 292/95 - 492/95 - Cápita PAMI
- 504/98 y 638/97 - Opción de Cambio
- 1424/97 - PNGCAM
- 939/00 - HPGD
- 1400/01 - Fondo Solidario de Redistribución
- 486/02 - 2724/02 - 1210/03 - 756/04 -
Emergencia Sanitaria
- 741/03 - Distribución Automática
- 806/04 - Monotributista
- 317/05 - Regionalización

Mala praxis médica

Traje una frase para leerla textualmente, porque me parece que junto a lo que decía el Dr. Muniagurria explica un poco cuál es la sensación que vive el sistema de salud. Es un mensaje en Internet que levanta el diario La Nación en el 2005, y quien la escribe es el Dr. Salomón Schachter, un médico muy reconocido en nuestro país.

«Solía ser médico, ahora soy un prestador de salud. Solía practicar la medicina, ahora trabajo en un sistema gerenciado de salud. Solía tener pacientes, ahora tengo una lista de clientes. Solía diagnosticar, ahora me aprueban una consulta por vez. Solía efectuar tratamientos, ahora espero autorización para prestar servicios. Solía tener una práctica exitosa y colmada de pacientes, ahora estoy repleto de papeles. Solía emplear mi tiempo para escuchar a mis pacientes, ahora debo utilizarlo para justificarme ante los auditores. Solía tener sentimientos, ahora sólo tengo funciones. Solía ser médico, ahora no sé lo que soy.»

Ese es un poco el marco en el que se ejerce hoy la profesión. Nosotros no tenemos datos en la Superintendencia del sector privado, sólo sabemos lo que comúnmente, o en este tipo de foros o a través de la opinión pública se dice. **¿Y qué dicen los prestadores privados?** El panorama es el siguiente:

- Procesos en curso por \$ 3.000 millones
- 1 de cada 5 médicos enfrenta una demanda
- Solo el 6% de los juicios con sentencia condenatoria
- 50% de las costas aún con sentencia favorable

Esto último de pagar el 50% de las costas aún con sentencia favorable es así no respecto de los médicos específicamente, sino del sistema judicial en general y tiene que ver con una cuestión procesal, con los honorarios de los peritos y los auxiliares de la justicia. Pero que solamente hay un 6% de sentencias condenatorias sobre el total de los juicios, eso es algo que sí hemos podido ver, porque nosotros sí hemos relevado datos en las 300 obras sociales.

Las estadísticas

¿Qué es lo que hemos visto nosotros? En primer lugar nos dedicamos a hacer esta tarea porque a partir del año 2003, cuando empezamos a hacer este trabajo, comenzó lo que se

conoció como «industria del juicio». Y esto pasó de los dos lados, de las demandas por mala praxis y de los comúnmente conocidos como amparos. La primera tarea nuestra entonces fue tratar de relevar de los gastos que las obras sociales tenían, que cada una de las obras sociales nos daba, para saber si esto era así y si era o no una preocupación.

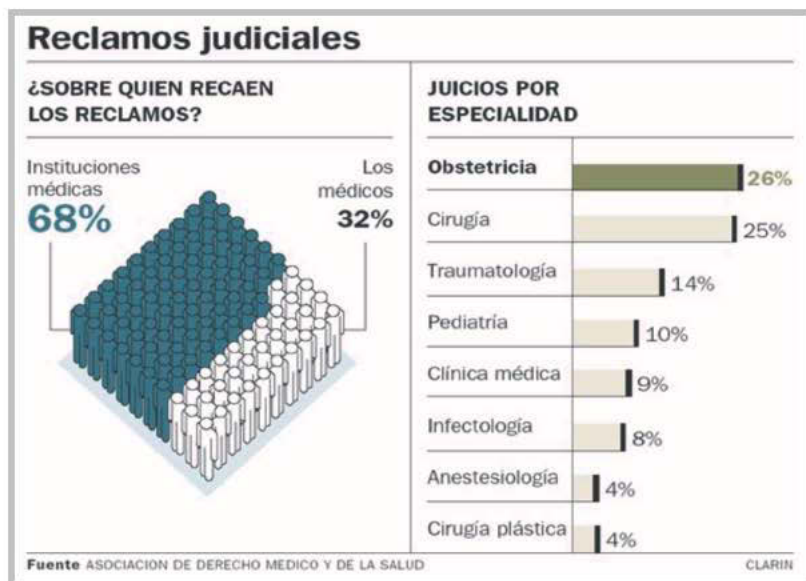
Decía al comienzo de esta charla que tenemos aproximadamente 18 millones de beneficiarios en el sistema, y para el año 2006 hubo 481 amparos. Yo tengo mis dudas que esto sea una industria del juicio. Ahora, si quieren discutir cuál es el contenido de esos amparos, y si eran o no justos los reclamos, por lo menos dentro de lo que la seguridad social da, eso ya es otro tema, pero no me parece que estos sean datos que reflejen una industria. Está más claro en el caso la mala praxis, para el año 2007 ha habido más de 300 demandas nuevas con relación a las anteriores. Y si tomamos el año 2003, que es el año de inicio de nuestro relevamiento de datos, vemos que de allí en más el número de demandas ha crecido, salvo en 2006.

Datos relevados

	2003	2004	2005	2006	2007
Total de acciones de amparo	708	647	715	481	S/D
Total de juicios por mala praxis	725	807	773	686	987

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Este cuadro que muestro abajo también está tomado de los diarios, en este caso de Clarín. Ahí pueden verse los datos y los porcentajes. Y nuestros datos coinciden con lo que dice el diario. Por especialidad y para el año 2005, Ginecología y Obstetricia se lleva el mayor número, le siguen las cirugías generales, y llamativamente, una de las especialidades, Anestesiología, que es un reclamo que nos hacían mucho las obras sociales, aparece en el último lugar.



Sigamos con nuestras estadísticas y veamos como se modifican las posiciones de las **especialidades más afectadas** entre el 2005 y el 2007, y veamos que hay algunas modificaciones pero la constante es que las cirugías y Ginecología y Obstetricia siguen siendo las especialidades más demandadas.

Especialidades médicas con mayor cantidad de demandas (2005 -2007)

Especialidades y causas	2005	2006	2007
Ginecología y Obstetricia	209	181	221
Cirugías	127	96	189
Otras especialidades	135	158	180
Error en diagnóstico y/o tratamiento	109	95	117
Traumatología	73	89	73
Cardiología	19	14	25
Infección hospitalaria	23	12	16
Odontología	-	-	10
Anestesiología	12	1	9
Oftalmología	13	10	8

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Veamos ahora cuando nos defendemos, **cuáles son las obras sociales que tienen estos pleitos**, porque no son todas, o por lo menos no todas están bajo la órbita de la Superintendencia. Insisto que de las obras sociales nacionales, son más las que no tienen juicios que las que reciben juicios, como puede verse en la siguiente tabla comparativa. Aclaremos también que la obra social dentro de la cadena de personas físicas y jurídicas que están demandadas, siempre lo está en la medida que el afiliado sea un afiliado de esa obra social. Son raros los casos que hemos visto en donde se demanda exclusivamente al profesional o a la institución sanatorial, siempre, o salvo uno o dos casos de todos estos, se demanda también a la obra social por una cuestión de responsabilidad objetiva o por el artículo 1113 del código civil.

Obras sociales con juicios de mala praxis médica (2005 -2007)

	2005		2006		2007	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
Obras Sociales sin juicios mala praxis	116	55	87	42	107	49
Obras Sociales con juicios mala praxis	88	42	81	39	100	46
Obras Sociales sin informar	7	3	39	19	11	5
Total O. S. Sindicadas	211	100	207	100	218	100

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Y si comparamos los tres años, en realidad puede verse que el crecimiento no ha sido de una manera exponencial como para presuponer la existencia de una industria del juicio. Es verdad que sí ha habido más, pero esto hay que tamizarlo con los 18 millones de beneficiarios que tenemos en el sistema.

Quizá lo más preocupante de todo no sea la cantidad de juicios sino **qué es lo que ocurre con esos procesos**, porque por lo que hemos visto en el estudio que hicimos en todos

estos años, el promedio de duración de un pleito de mala praxis es de casi diez años. Y esto supone que toda esta cadena de demandados que yo explicaba antes, y que incluye el médico, la institución, las obras sociales y la compañía de seguro que cada uno tenga, deben permanecer diez años promedio lidiando con las vivencias que eso supone, más las reservas económicas que cada uno de los responsables patrimoniales debe tener.

En la siguiente tabla sintetizamos lo que recabamos en este sentido desde que comenzamos en el año 2003.

Mala praxis médica (2003 -2007)

	2003**		2005		2006		2007	
	Cant.	%	Cant.	Cant.	%	%	Cant.	%
Cantidad de mala praxis	725		773		686		987	
Total de sentencias	23	3,17	44	5,69	33	4,81	88	8,92
Total de sentencias que rechazan la demanda	6	0,83	-	-	-	-	-	-
Sin sentencia	696	96	696	94,31	653	95,19	899	91,08

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Nota: En el 2003 el total de sentencias son sentencias condenatorias.

Puede observarse que en el caso de juicios del 2003, el 96% de los juicios no tenían sentencia, había sólo 23 sentencias condenatorias (3,17%) y 6 casos donde se rechazaba la demanda. Lo mismo pasaba para el 2005, a pesar de que varios de esos pleitos que contabilizábamos al 2003 fueron terminados, y hay que fijarse que los porcentajes se mantienen también para el año 2006, donde más de 95% de los pleitos no tiene sentencia, en tanto que disminuye un poco para el 2007, básicamente por una cuestión que nada tiene que ver con este tipo de procesos sino por una cuestión más de tipo práctico legal, que es que se termina la emergencia sanitaria. La emergencia sanitaria existió desde 2002 hasta inclusive este año,

todavía está vigente y finaliza a fin de año. Esto supone que las obras sociales no pueden ser materia de ejecución de contenidos patrimoniales de ninguna sentencia en su contra o condenatoria. De modo que lo que han hecho las obras sociales como salida es tratar de solucionar algunos pleitos ya perdidos y no pagados.

La otra tarea de relevamiento que hicimos, luego de relevar primero la cantidad de pleitos, en segundo lugar cuáles eran las obras sociales que los tenían, y en tercer lugar ver cuáles eran las cantidades de pleitos finalizados o no, fue detenernos también a analizar cuáles eran los **montos involucrados**.

Montos de sentencias (2003 -2007)

	2003	2004	2006
	Cantidad en \$ (%)	Cantidad en \$ (%)	Cantidad en \$ (%)
Monto reclamado	\$268.713.251,18	\$363.299.140	\$306.407.914
Recaudación mensual de las O.S.	\$350.506.800	\$439.966.000	
Monto Abonado en sentencia	\$5.306.232,02 (2%)	\$1.668.886 (0,45%)	\$7.746.923 (3%)
Monto sin sentencia	\$263.407.019 (98%)	\$361.630.254 (99,55%)	\$298.660.991 (97%)

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Como puede verse en la tabla de arriba, ya a partir del año 2003 lo que hicimos fue compararlo con la recaudación anual del sistema, que en este caso está marcada con una recaudación mensual, y se ve claramente que lo que se abonó frente a lo que se demandaba es realmente exiguo, el 2%, aunque en los promedios que nosotros hemos visto para los pleitos en general los montos de las condenas no superan el 10% de los montos de la demandas, o sea que se demanda por 100 pero se condena por 10.

Lo mismo pasa el 2004 y el 2006, y tengamos en cuenta que aquí las recaudaciones de las obras sociales han ido cre-

ciendo por varios motivos: en primer lugar por la existencia de mayor cantidad de empleo, en segundo lugar por las mejoras salariales, y en tercer lugar por lo que se conoce como la reducción del trabajo en negro.

Por ejemplo el monto reclamado por mala praxis para el 2005, era de \$367.221.978, versus una recaudación mensual de las obras sociales de \$529.139.561. Para el 2007 el monto reclamado por mala praxis fue de \$404.034.814, y acá no está el monto de la recaudación de las obras sociales para ese año 2007, pero obviamente es superior al del año 2008.

Nuestra preocupación está centrada en estos números que mostramos en la siguiente tabla, y que son números históricos, obviamente las obras sociales no recaudan anualmente eso sino que están tomados a valores históricos. Veamos concretamente el 2003 para exponer el ejemplo de cuál es nuestra preocupación. En la tabla puede verse comparada la recaudación anual de tres obras sociales con los montos de demandas por mala praxis que tienen, y como se ve, cualquiera de estas tres obras sociales puede cumplir con el compromiso, aún cuando esa sentencia fuera por el 100% de la demanda.

Demandas por mala praxis

Obra Social	Ingreso Anual	Monto Demanda por Mala Praxis	Monto/Ing Anual
Obra Social 1	\$ 198.308.523	\$ 6.980.460	3,52%
Obra Social 2	\$ 365.017.795	\$ 47.014.292	12,88%
Obra Social 3	\$ 78.370.313	\$ 10.274.348	13,11%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Pero si tomamos estas otras seis de la siguiente tabla, y que repito son valores históricos al 2003 y tomados sin actualizar, la situación cambia.

Demandas por mala praxis

Obra Social	Ingreso Anual	Monto Demanda por Mala Praxis	Monto/Ing Anual
Obra Social 1	\$ 2.645.766	\$ 1.539.836	58,20%
Obra Social 2	\$ 2.321.285	\$ 1.958.700	84,38%
Obra Social 3	\$ 4.920.350	\$ 5.384.339	109,43%
Obra Social 4	\$ 1.561.867	\$ 1.789.900	114,60%
Obra Social 5	\$ 181.900	\$ 241.909	132,99%
Obra Social 6	\$ 340.308	\$ 457.000	134,29%

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

Aquí en estas seis tenemos un problema, aquí hay obras sociales que tienen montos de demandas superiores a su propia recaudación anual, entonces podemos discutir si dan buena o mala salud, podemos discutir si se financian o no se financian con los aportes y contribuciones, pero lo que está claro es que una sentencia condenatoria terminaría con la vida de la obra social. Acá es donde nosotros desde la Superintendencia tenemos que poner la lupa, como decía Julio Muniagurria antes.

Un dato interesante es que en el año 2001, en **Estados Unidos** y mirando los diez mayores montos de condenas, las diez condenas más importantes de los Estados Unidos, hay tres vinculadas al sistema de salud, ocupando los cuarto, séptimo y noveno puestos del ranking, con U\$ 312,8 millones (*Nursing Home in Texas*), U\$ 114,9 millones y U\$107,8 millones (*2 Juicios de mala práctica médica en Nueva York*). Y en este ejemplo, los tres primeros puestos de estos *top ten* correspondían a una compañía de tabaco, a un caso de contaminación de tierras y a un accidente aéreo.

Para año 2002, en Estados Unidos hay cuatro sentencias vinculadas al sistema de salud, por montos muy superiores a los que podemos ver en nuestro país, es decir de las *top*

20 del 2001- 2002, 7 son relativas a lo que nosotros conocemos como la mala práctica médica, por un monto total de U\$ 3 Billones.

Mediaciones por mala praxis

Luego salimos a ver entonces cuántas mediaciones había en materia de obras sociales en temas de mala praxis. Y como puede verse en la siguiente tabla, son pocas las que se han arreglado, ya que sobre un total de 207 requeridas hubo sólo 27. Las mediaciones cerradas con acuerdo fueron 26, la mayoría se cerró sin acuerdo, fueron 156 en esta situación, y en 85 casos siguen en trámite. Los montos involucrados alcanzaron la cifra que ven allí: \$59.676.103.

En general el sistema de obras sociales como todo sistema financiador de salud, descansa en la responsabilidad del prestador, a punto tal que la Superintendencia tiene dictadas normas que obligan al prestador y que obligan a la obra social a contratar con un prestador que tenga seguro, pero nada dice que la obras sociales deban tener seguro de mala praxis, a pesar de que muchas veces en estos últimos tiempos, y esto creo yo que es una de las razones por las cuales a partir del 2003 comenzó a ser una preocupación, fueron las que efectivamente abonaron las sentencias.

Mediaciones Año 2006

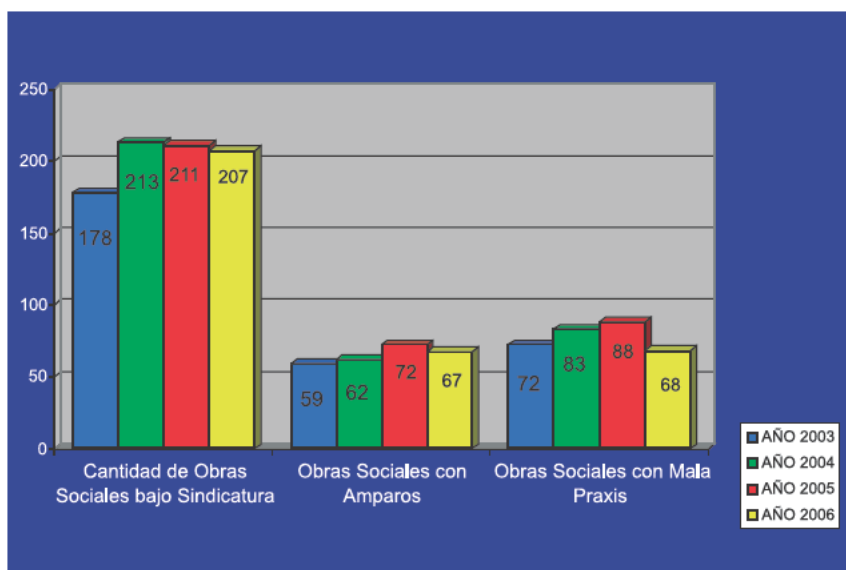
Total de Obras Sociales requeridas por mediación	27 / 207
Cantidad de Mediaciones	267
Montos Total	\$ 59.676.103

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

En el siguiente gráfico mostramos la cantidad de obras sociales que fuimos relevando año a año hasta el 2006, con lo

que nosotros conocemos como Sindicatura. Nosotros tenemos una junta de síndicos, abogados, médicos, contadores y asistentes sociales, que salen mensualmente a las obras sociales a recabar datos, que incluyen desde datos formales, prestacionales y de financiamiento. Hay una serie de normas que suponen que aquellas obras sociales con más de tres meses de recaudación de deuda están en situación de crisis, y eso forma parte del relevamiento que hace la Sindicatura. Concretamente en este caso lo que hicieron los abogados es salir a buscar tanto los pleitos de mala praxis como los amparos.

Agentes de salud relevados



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.

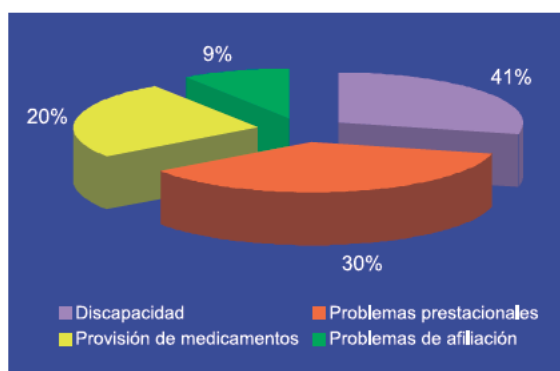
Salimos un momento de la mala praxis y pasamos a los **juicios de amparo**. En realidad nosotros lo conocemos como amparo pero no es que tenga que ver específicamente con el tipo de proceso de que se trata, sino que estamos relevando en este grupo a todos aquellos reclamos de tipo prestacional, sea el

proceso que sea, hay algunos que son amparos, y para la mayoría que no son abogados les pido que recuerden el «corralito» e inmediatamente van a recordar la cantidad de amparos que existían sobre el corralito. Es un recurso que tiene como objetivo una decisión rápida, pero hay otro tipo de procesos, como por ejemplo juicios de conocimientos o juicios o medidas preliminares, donde el objeto principal es obtener la prestación que la obra social con o sin razón está negando, y nosotros los subsumimos en el término amparo, aunque no todos tienen ese tipo de características procesales.

Y si los separamos por el tipo de objeto, yo siempre pensé que la discapacidad se iba a llevar el 100% de los reclamos o por lo menos más del 50%, y en realidad no llega o supera por poco el 40%, pero no ha sido por lo menos materia de una excesiva de-

manda. Lo que sí está claro que el principal aspecto que vimos, la cosa más llamativa fue la cantidad de reclamos en los cuales se había otorgado la prestación antes de que la obra social estuviera citada en el juicio, a través de una medida cautelar. Es decir, la gente se presenta, reclama la prestación, pide que el juez se lo otorgue como una medida cautelar y la obra social se ve compelida a cumplirla, después se libran todos mecanismos procesales de recursos e intervenciones procesales, pero lo cierto es que en general, o por lo menos casi en el 42% o más del 42% de los casos, esta prestación ya se dio. En porcentajes podemos

Acciones de amparo en trámite en las que se ha denunciado el objeto



Fuente:
Superintendencia de Servicios de Salud 2008

decir que un 57,86% son amparos sin sentencia y un 42,14% son medidas cautelares. Con lo cual la discusión jurídica que se plantea en un expediente es inoficiosa desde el punto de vista prestacional, porque la prestación ya se dio.

Reclamos y consecuencias

En muchos casos lo que hemos vistos es que se trata de prestaciones que están dentro del PMO, y que las obras sociales no han sabido o no han querido cubrir en tiempo. Pero en otros casos hemos vistos este tipo de **reclamos** que como ejemplo yo he traído acá, que son cuestiones que tienen por lo menos una discusión desde el punto de vista legal.

- **Extensión de la cobertura en el tiempo:** Se refiere a que una vez finalizada la relación laboral y cubierto el período de 90 días que marca la ley, en varios casos se ha obligado a continuar la cobertura médica, equiparándola a los sistemas públicos. Esto fue muy común en la época de la crisis en el 2002, la gente se quedaba sin trabajo y la ley obligaba a la obra social a cubrir de manera gratuita los tres meses posteriores a la disolución del vínculo, pero además la gente se presentaba en Tribunales, pedía extensión de la cobertura a través de la seguridad social, y los jueces le extendían la cobertura sin ninguna contraprestación a cambio. O sea obligaba a que siguiera atendiéndolo aunque no hubiera financiamiento de parte de ese beneficiario para esa prestación.
- **Extensión de cobertura en medicamentos:** por ejemplo drogas para HIV, Esclerosis Múltiple, O2 domiciliario, etc, más allá del período legal correspondiente que el PMO y las leyes fijan.
- **Obligación de aceptar como adherentes** a aquellos que habían sido obligatorios y eran portadores de enfermedades crónicas o con tratamientos de alto costo, luego de extinguirse la relación laboral. Esto si bien se plantea como una queja de las obras sociales, en verdad creo y me parece de absoluta

razonabilidad que lo siga cubriendo. Podemos discutir cuál es el financiamiento, pero está claro que la obra social no es una prepaga, y que lo debe continuar atendiendo aún cuando considere que puede ser de excesivo costo. La obra social, a diferencia de sistema prepago, no es una entidad que da ganancia, ni es una entidad que tenga una ecuación matemática de ingreso actuarial o de cálculo actuarial como un seguro.

- **Ampliación de la cobertura al 100%** en medicamentos de alto costo, o en drogas de uso habitual aduciendo escasos ingresos del beneficiario. Nosotros en el sistema tenemos en el Programa Médico Obligatorio diferentes tipos de cobertura y diferente cobertura porcentual de los medicamentos en función de las patologías: las comunes al 40%, la crónicas al 70% y algunas al 100% en caso de la internación o la discapacidad. Lo que movilizó también este tipo de juicios es que había reclamos de coberturas mayores que las que prevén las normas.
- **Cobertura en prestadores privados o fuera de cartilla** de prácticas que se realizan dentro de la red prestacional, en general con técnicas más costosas. O sea que también es una cosa bastante común, que el beneficiario vaya con una prescripción de un médico que no es de la cartilla de la obra social a atenderse en determinado lugar.
- **Exigencia de efectuar cirugías programadas** en forma urgente por decisión judicial, pese a la posibilidad de programación prevista por el sistema.
- **Cobertura de elementos o prestaciones** con escasa evidencia científica. Esto es algo muy común, e incluso nos ha tocado ver un caso donde se le ordenó a una obra social la cobertura de una droga oncológica que ni siquiera estaba aprobada por ANMAT.
- **Cobertura de prácticas o medicamentos** fuera del PMOE.

- **Ampliación de la cobertura en prótesis**, y también es común que se exija la utilización de prótesis importadas y de mayor costo, pese a la existencia de alternativas nacionales como pauta el PMO.

Todos estos reclamos, este tipo de reclamos que hemos analizado, traen **consecuencias claramente negativas**:

- **Inequidad:**

Acá hay una cuestión que nos llamó mucho la atención, y es que no son las mejores obras sociales, entendidas como tales las que tienen más beneficiarios, más recursos y menos reclamos, las que tienen menos juicios. Al contrario, las que tienen más juicios son aquellas obras sociales que dan más servicios. Y yo no creo, y permítanme la licencia por poner un ejemplo, que OSPRERA, la obra social de los rurales, dé mejores servicios que OSDE, y aclaro que tiene más beneficiarios porque OSPRERA tiene un millón y medio de beneficiarios, sin embargo OSDE tiene más reclamos que OSPRERA. Y esto no es porque dé peores prestaciones: esto es porque su población tiene un diferente acceso a la justicia, y que los otros no tienen, es más, los otros a veces no tienen ni cartilla, no saben adónde concurrir porque no tienen esa información. Entonces hay una clara inequidad, porque estos beneficios no son para todos los afiliados sino sólo para los que logran acceder al mecanismo del amparo.

- **Consecuencias económicas**

No existe financiamiento para estas prácticas o medicamentos. Recordemos que en un sistema solidario como es el de la seguridad social, donde con los aportes y contribuciones ese esquema tiene que solventar todos los reclamos de salud de todas las personas afiliadas, está claro que si yo le doy todo a uno puedo dejar a todo el resto sin financiamiento. Esto, insisto, no está financiado por el Tesoro Nacional, el Estado Nacional y los estados provinciales no ponen un peso en la seguridad social, todo se financia con los aportes y contribuciones de quienes trabajamos o estamos dentro del sistema.

▪ **Caución juratoria**

En la práctica estas medidas precautorias son equivalentes a un cumplimiento efectivo de la sentencia, aunque el fallo definitivo sea favorable a la obra social. Y desde el punto de vista procesal una cosa bastante llamativa es que el 100% de los amparos que vimos con medidas cautelares otorgadas, todos son bajo caución juratoria. Esto quiere decir que la persona que reclama y pide una medida, se llama *inaudita parte*, es decir sin oír a quien pretende demandar, tiene que brindar algún tipo de garantía o asumir la responsabilidad de que sus dichos son ciertos, para eso los códigos procesales prevén diferentes tipos de garantía, y la caución juratoria en materia de salud es la más común. Y repito que en el 100% de los casos ha existido esta caución juratoria, ahora no hay tiempo para describir más, pero algunos casos después se transforman en ilusorios, cuando a través de los recursos procesales se revocan las decisiones de los jueces que hicieron lugar a esas medidas, que en un principio parecían que correspondían.

Y a veces leer las noticias o lo que es noticia en los diarios lleva determinados temas al foco de atención del público, y hay una inducción a demandas de servicios o prácticas innovadoras sin discriminar los riesgos en su justa medida. Por ejemplo una noticia que salió el sábado 8 de octubre de 2005 en Clarín con un gran titular que decía «*Batalla a la obesidad, crecen las operaciones by pass gástrico*» resaltaba que luego de una operación de este tipo que «sacó» 50 kg a Diego Maradona, se habían disparado las consultas en Argentina y en el mundo. En el Hospital Argerich habían subido un 100% y 400 pacientes esperaban para operarse. Y muy someramente agregaba «*Advierten sobre los riesgos*», Esto se publicó el 8 de octubre de 2005, y hoy hace una semana que en el país se promulgó la ley de obesidad, o Ley de trastornos alimenticios como se la llama, y ésta es una de las prácticas incluidas dentro de la ley.

Pero el mismo diario, 12 días después, el 20 de octubre de

ese año, publica otra noticia titulada «*El by pass gástrico es mucho más riesgoso de lo que se creía*». Y con esto lo que quiero mostrar es otro efecto bastante común en la gente, que es la decisión o la invitación a través de los medios de comunicación a determinadas prescripciones o prácticas que no son para todos, o por lo menos no son buenas para todos.

Nosotros tenemos en la Superintendencia un procedimiento que llamamos la **Resolución 075** porque es el número de la resolución, que es un procedimiento de reclamos. Y dentro de este procedimiento de reclamos, que además es gratuito, existe la posibilidad administrativa de discutir con la obra social la procedencia o no de una práctica, prescripción, pedido o lo que sea. Y creo yo que en esto hemos fallado y mucho, porque de todos los 700 y pico de amparos que vimos anualmente, solamente un porcentaje muy ínfimo pasó previamente por la Superintendencia a través de este procedimiento de reclamos. Por ejemplo en el 2004 hubo 37 casos, en el 2005, 23 y en el 2006, 20 casos de amparos que pasaron previamente por la SSS con Resolución 075/98 previa. O sea que en esto evidentemente estamos fallando nosotros, y yo creo que estamos fallando en tres aspectos, dos los explico ahora y me reservo el tercero para un poco más adelante. El primero es el de la difusión, porque la gente no conoce que existe esto, y el segundo la territorialidad, porque la Superintendencia tiene ámbito en todo el país pero tiene sede en la Capital Federal y no tiene delegaciones en el interior, de modo que esto queda limitado a quien pueda acceder por Internet, o a través del 0800, o concurrir personalmente la Superintendencia. Y si revisamos los planteos judiciales y administrativos del año 2006, veremos que sólo el 3% de los juicios iniciados en ese año, o de los amparos iniciados, pasó por la Superintendencia y se inició a través de la Res. 075/98, en tanto que un 97% no lo hicieron.

Lo que más nos cuesta explicar de todo esto son las **características del conflicto**. Porque éste es un conflicto que se plantea dentro de un marco que tiene unas características completa-

mente diferentes a lo que los jueces se plantean habitualmente:

- **Es un conflicto policéntrico.** Es decir que aquí intervienen muchas partes: está el médico prescriptor, porque seguramente hay un médico que dijo que esa prescripción no es la correcta, hay una institución que decide por sí o por no, hay una obra social o una empresa de medicina prepaga que lo tiene que financiar, y hay un beneficiario y en general su familia, que están interesados en cuidar la salud de esa persona. Y todos los demás también están interesados en cuidar la salud la persona, sino queda planteada la cuestión como una pelea estrictamente de financiamiento, y esto no es así, no se plantea desde ese lugar. Hemos visto muchos casos donde frente al reclamo de una prescripción de una prestación, la auditoría médica de la obra social opina o considera que ese no es el camino adecuado, y no es un tema de costos, sino que creen que la solución no pasa por allí.
- **Valor de la relación.** No ocurre en las obras sociales, o se da la paradoja que la gente reclama a la obra social en la que está, sabiendo que puede irse. En nuestro caso desde el año 1998 existe en el sistema el ejercicio del derecho de opción de cambio, es decir cualquier persona no está cautiva en una obra social como sucede en las provinciales, sino que puede cambiar o puede elegir cualquiera de estas 300 obras sociales que coexisten en el sistema. Pero la gente reclama a la obra social en la que está, y esto genera que después de esa decisión judicial, después de esa discusión judicial, la relación continúa, el beneficiario sigue siendo beneficiario esa obra social y la obra social le sigue dando servicios, de modo que es necesario mantener o cuidar esa relación que va a seguir en el tiempo para él y para toda su familia.
- **Materia altamente específica.**
- **Solución jurídica opinable o dudosa.**
- **Necesidad de resolverlo rápidamente.**

Acciones desde la Superintendencia de Servicios de Salud

¿Qué es lo que hemos hecho nosotros desde la Superintendencia?

Hemos hecho un convenio marco de colaboración con un organismo que se llama Academia Judicial Internacional, que tiene sede en Washington y delegaciones en los cinco continentes, con el objeto de generar mecanismos de contacto con el Poder Judicial. Formamos grupos de investigación, y lo primero que tuvimos que trabajar y creo que en los dos expositores anteriores se ha dado un ejemplo de eso, es en tratar de saber que estamos hablando en un lenguaje común, que es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que como explicó el Dr. Muniagurria son años de investigación, para que en un proceso la evidencia sea la prueba que tenga el juez delante para resolver esa situación. En el siguiente cuadro mostramos la experiencia de los Estados Unidos y los instrumentos elaborados.

Criterios para aceptación de la MBE en los tribunales norteamericanos

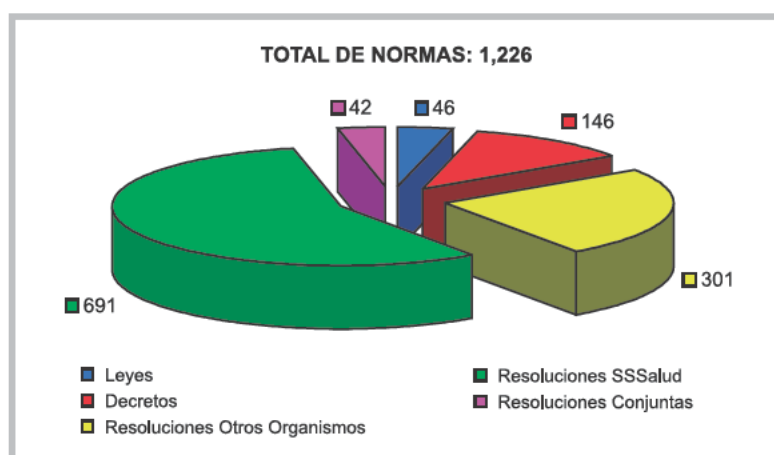
Criterios del Tribunal Supremo Norteamericano (1993)	1 - ¿Se pueden verificar las opiniones, afirmaciones o conocimientos científicos?
	2 - ¿Se ha publicado la teoría o la técnica en una revista de prestigio que tenga un sistema revisión por pares. ("peer review")?
	3 - ¿Cuál es la tasa de errores , o efectos no deseados ? (Conocida o potencial.)
	4 - ¿Cuál es el grado de aceptación o consenso sobre esa teoría o técnica en la comunidad científica?
Criterios del Tribunal Supremo de Justicia de Tejas (1995)	1 - ¿En que grado la técnica se basa en la interpretación subjetiva del experto?.
	2 - ¿Qué aplicaciones y usos no judiciales se han derivado de esta teoría?.

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.-

Desde el punto de vista terminológico en un principio tuvimos que trabajar buscando establecer mecanismos para la realización de actividades conjuntas de divulgación, formación e investigación en beneficio de la sociedad en su conjunto, y en la formación de un grupo de investigación integrado por jueces y expertos que elaboraran la «Guía de Evidencia Científica». Los contenidos incluyen orientación y premisas útiles para el análisis y la evaluación de las pruebas científicas en materia de salud, y un glosario.

Tenemos un Compendio Normativo a disposición de quien lo pueda ver en la página Web, con actualización diaria, o en un CD también con actualización y publicación semestral, que se puede pedir por vía de e-mail y lo mandamos donde nos indiquen. Allí nosotros hemos tratado de sistematizar todas las normas en materia de salud, un total de 1.226, que lo hizo alguien que nombró el Dr. Candiotti recién: el Dr. Garay, que fue quien trabajó por nosotros en esto. Y en el gráfico de abajo mostramos la estructura de contenidos de este Compendio Normativo.

Compendio Normativo



Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud, 2008.-

El año pasado salió la nueva estructura de la Superintendencia, con el Decreto 1547/07, que reconoció la figura del Defensor del Beneficiario. Yo había dicho que había tres razones por los cuales fallábamos en el establecimiento de este procedimiento administrativo y mencioné entonces sólo dos: la primera era la difusión, la segunda era la jurisdicción, y la tercera es porque el final de ese procedimiento administrativo que significaba que la obra social no cumpliera, generaba para el beneficiario volver a foja cero, porque nosotros no tenemos el poder de policía de un juez para obligar a la obra social a dárselo, y el régimen de sanciones de la Ley de obras sociales no prevé obligar a dar la prestación. Entonces generamos esta figura del Defensor del beneficiario, que sigue siendo gratuita y que tiene la obligación por el decreto de generación del cargo y por sus misiones y funciones, de dar asistencia a los beneficiarios del SNSS en cuestiones atinentes a los reclamos que efectúen bajo el procedimiento de la Resolución 075/98 Sssalud. O sea que va a asistir a ese beneficiario de la práctica que sea y en la jurisdicción en la que se encuentre. El único requisito para esto es que la Superintendencia haya reconocido a través de un acto administrativo que la obra social está obligada a brindar esa prescripción.

Propuestas y reflexiones finales

Hay otros países que tienen comisiones de arbitraje, por ejemplo el caso de México, donde es obligatorio pasar previamente por la CONAMED, que es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, antes de accionar judicialmente aún en caso de mala praxis. Otro ejemplo es la recientemente creada Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) de Perú, que tiene también todo un procedimiento administrativo establecido para tratar de generar un camino previo en el reclamo judicial.

Esto es lo mismo que nosotros estamos tratando de hacer desde la Superintendencia, mediante la implantación de méto-

dos participativos de resolución de conflictos, porque la medicina no es sólo de los médicos, la Seguridad Social no es sólo de los juristas y la justicia no es sólo de los jueces. Y en este contexto hemos generado la creación de un grupo especial de atención de reclamos donde se plantean los casos más inverosímiles que puedan verse. Hace poco me tocó intervenir en uno relacionado con un chiquito, donde la mamá vino a la Superintendencia a decir que la obra social no lo quería atender, que estaba reclamando una asistencia a domicilio y la obra social no quería atenderlo. De las sucesivas reuniones que tuvimos, todas el mismo día, con la obra social, descubrimos que esta señora vivía en una villa de emergencia y por tanto el servicio de emergencia no quería entrar obviamente por el riesgo que esto significaba, y se siguió trabajando en el caso hasta que finalmente se llegó a otorgar la prestación. Pero todo ese proceso que duró 48 horas, había sido planteado en su origen por una señora que decía que la obra social lisa y llanamente no le cubría la asistencia a su hijo, y en realidad pudo verse que era una situación completamente diferente hasta desde el punto de vista familiar.

Quiero terminar con una referencia excluyente en términos de la solidaridad, que en el campo sanitario está relacionada con los recursos, y en el marco de la Seguridad Social es uno de los principios definidos como básicos por la doctrina y que constituyen la filosofía del Sistema.

Nuestro sistema de salud o «no sistema» que yo explicaba al principio, tiene tres patas: un sistema público financiado por impuestos, el sistema privado de bolsillo del beneficiario, y la seguridad social que está financiada con aportes y contribuciones de empleadores y trabajadores. El tratamiento que en la justicia se les brinda es a todos por igual, porque las normas que también detalló el Dr. Candiotti, no distinguen respecto de quién es el financiador o el prestador de ese servicio. Cuando hablamos del derecho a la salud, lo hablamos siempre desde la figura del que goza de ese derecho, pero no distinguimos si el que lo tiene que dar reúne las características que dice la ley. Sin

embargo yo quiero llevar a la reflexión si la solidaridad del sistema de la seguridad social, donde hablamos de que el sano financia el enfermo, el rico al pobre o el joven al viejo, se debe aplicar sólo a ese criterio de financiamiento o también a la utilización de los recursos.

El concepto de solidaridad no puede entenderse únicamente referido al sostenimiento económico del sistema, sin pretender aplicarlo también hacia los receptores de ese servicio. En otras palabras: Se es solidario también en la racional utilización de los recursos.

Quiero dejar acá para todos, los datos que mencioné sobre la página web, los e-mail y los teléfonos de la Superintendencia para que dispongan de ellos. Nosotros estamos a disposición de lo que cualquier beneficiario necesite, es nuestra función y nuestra responsabilidad, y tratamos de contestar todos los e-mails que nos envían, ya sean de consulta o de pedidos de información.

CENTROS DE ATENCION 0-800-222-SALUD (72583)
www.sssalud.gov.ar

normativas@sssalud.gov.ar ocochlar@sssalud.gov.ar

Diagonal Pte. Roque Sáenz Peña 530,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Y antes de despedirme, simplemente voy a dejar una reflexión que no es mía, sino que la dijo Warren Burger (1985), el entonces Presidente de la Corte Suprema de Justicia de los Estados Unidos, en una reunión de la *American Bar Association*:

«Algunas veces pienso que hay algún tipo de neurosis masiva que lleva a la gente a creer que los tribunales son los lugares ideales para resolver cierto tipo de controversias. Es hora de que el espíritu innovador e ingenioso de ciudadanos y abogados forjen nuevas herramientas para cubrir nuevas necesidades»

Preguntas y Comentarios

Coordinador: Agradecemos a nuestros tres disertantes por la excelencia y claridad de sus exposiciones. Ahora se abre un espacio para las preguntas o comentarios de parte de nuestra audiencia.

- **Audiencia:** *Mi pregunta es al Dr. Cochlar y tiene relación con el caso que él planteó de una obra social que debía pagar una sentencia condenatoria cuyo monto superaba la recaudación de la obra social, si en ese caso tiene que pagar igualmente la demanda o bien quién la paga.*

Dr. O. Cochlar: Hay dos posibilidades. Desde el punto de vista del sistema en general nosotros tenemos algo que se llama el Fondo Solidario de Redistribución que no tiene hoy por objetivo, aunque sí lo tuvo durante mucho tiempo, el pago de sentencias judiciales salvo en casos de excepción. Ahora, en el análisis de ese caso de excepción habría que ver también qué criterio de continuidad tiene esa obra social, y si esa situación llegara a ese punto habría que analizar cuál es el camino. Porque en el análisis más global, no desde el punto de vista individual de una condena o una sentencia, nosotros tenemos que analizar si esa obra social está en condiciones de continuar brindando los servicios. Y también como me están acotando aquí, está la cuestión de qué va a pasar con los afiliados de la obra social. Una de las ventajas que tiene la seguridad social con relación al sistema

privado es que si quiebra una prepaga, los afiliados tienen que salir a buscar un servicio que los admita como sea. En el caso de la seguridad social, ya ha pasado con obras sociales liquidadas o quebradas, se asignan entre el resto de las obras sociales, conservando cada una de esas personas el derecho de elegir libremente la obra social.

- **Dr. C. Vassallo:** *Para el Dr. Cochlar y el doctor Candiotti. Un caso hipotético que puede llegar a presentarse de un juez que dicta una sentencia de amparo, obligando a cubrir por ejemplo un medicamento que no está autorizado ni por ANMAT ni por los organismos internacionales que Argentina reconoce, y que luego termine generando en ese paciente un problema de salud o agravando su problema de salud. Primera pregunta qué pasaría ese caso, y si sería posible pensar en un jury de enjuiciamiento para ese juez como un efecto digamos de disciplinamiento.*

Dr. O. Cochlar: Voy a tratar de contestar desde lo que hemos visto nosotros. Y hemos visto cosas llamativas, y califico de llamativas aquellas cuestiones que tienen más que ver casi diría con un reclamo familiar que con la prestación en sí misma. Hemos visto también cosas que se discuten más en la prensa que en los Tribunales, y hemos visto también que en este trabajo que hicimos con los jueces, que existe una normativa en la República Argentina que muy bien ubicó el Dr. Candiotti, que sirve de sustento a cualquier decisión judicial, normativa que incluye al Estado Nacional o a los tratados internacionales por ejemplo, que tienen jerarquía constitucional. De modo que desde el punto de vista formal yo me hago cargo del estupor que puede causar ese tipo de cuestiones, porque en general el derecho a la vida o el derecho a la salud son expresiones que son trasladadas al reclamo individual, aunque en lo personal siem-

pre trato de distinguir lo que es el derecho de protección a la salud tal como está en la Constitución, de lo que es el derecho a una prestación determinada que es el motivo del reclamo. Y desde mi punto de vista me parece que la crítica que yo le puedo hacer al Poder Judicial en general, es que eso no se distingue, porque se ampara basándose en el derecho a la protección de la salud, pero en base a ese derecho a veces se hace lugar a una prestación que podemos discutir si es lo mejor o no para el beneficiario, es decir para mí ahí estaría el punto de discusión.

Dr. M. Candiotti: Dos cosas. Primero me parece que un fallo así es una hipótesis de laboratorio evidentemente, y quiero preopinar, pero me parece que no podría darse una circunstancia de alejarse cualquier decisión judicial de todo tipo de aspecto protocolar médico y el protocolo de la medicina no podría indicarle a un juez, por más innovador que se sienta el juez, a hacer algo tan heterodoxo.

Como me acotan aquí, el tema es que viene prescripto por un médico, y el tema es que cosas así se han hecho.

¿Qué es lo que ocurre? Siempre hay un sustento normativo y un aspecto técnico previo, basado en el cual el magistrado interviniente va a fallar. Evidentemente una sentencia judicial puede tener resultados adversos, en este caso por algo que puede tener un resultado negativo para la vida esa persona. Éste sería un caso donde normalmente la conducta del magistrado siempre se deja de lado, respecto de lo que es el contenido de la sentencia. Los jueces no son punibles, ese es el principio general. Igualmente para opinar habría que leer el texto completo de la sentencia, esto es inevitable. Tiene algo de círculo vicioso, éste podría ser un caso donde se puede decir que la garantía de la independencia significa no inmiscuirse en lo que usted opine, en tanto y cuánto lo que usted haya opinado no signifique, siempre en un caso hipotético, un daño concreto. Porque evidentemente el único modo de poder efectuar un daño este trabaja-

dor- juez es dictando fallos, sino en una actividad común, digamos en la calle, o sea para sintetizar es probable que puede ocurrir esta circunstancia, más allá de que lo mío no sea una preopinión, puede ocurrir, sí.

- **Audiencia:** *Quisiera que me aclararan el tema, y no sólo porque soy extranjero. Porque veo que tenemos un sistema digamos que hipotético, pero es muy obvio que no es hipotético, donde básicamente el amparo es el marco del planteamiento. Éste se realiza ante la corte constitucional que tiene el país hipotético del que estoy hablando, y que no tiene alzada y es de acatamiento obligatorio, e incluso el desacato implica cárcel. Se parte del principio constitucional del derecho a la vida, no del derecho a la salud porque no está consagrado en la Constitución, y éste está referido obviamente a una prestación de salud. En la mayor parte de los casos es un medicamento que no está incluido en la lista oficial.*

Una tercera consideración es que el sistema es universal y por ende hay un tema de patrimonio de los habitantes, por lo menos así lo interpreto, ya que en tanto que el sistema es universal lo que se dé a uno implícitamente se le está quitando a todos los demás. Un cuarto elemento es que tampoco es estatal, porque en el sistema de este ejemplo las contribuciones provienen ya sea de los salarios o de los aportes patronales, e incluso cuando el Estado cotiza por los que no pueden cotizar, cotiza a nombre de ellos, y en ese sentido aunque son fondos e impuestos, les da un destino específico. Un quinto elemento es que este proceso es creciente, a diferencia de los que el último disertante mostraba, donde hay un estancamiento e incluso una reducción, éste que yo planteo es creciente y casi exponencial. Y hay un conflicto por último entre lo que se considera médico tratante, que tiene un

poquito que ver con el protocolo médico que estaba hablando en la última intervención, contra la opinión de un conglomerado de médicos que opinan. Eso está en la configuración de la ley, o de la lista oficial de medicamentos, el médico tratante que se configura así dice que sí, y la lista oficial de medicamentos y a veces también incluso el criterio que se obtiene a partir de un grupo colegiado de médicos dice que no. Y en un planteo hipotético con todos estos elementos que describí, la corte de este país hipotético dice que sí. En verdad quedaría muy agradecido con todos los que me puedan iluminar este tema.

Dr. O. Cochlar: Quiero hacer una aclaración previa, y es que siempre en esas situaciones hipotéticas de las que hablamos hubo un médico prescriptor, siempre hay una prescripción médica y el juez tiene adelante una prescripción médica. Luego podemos discutir si esa prescripción es buena o mala, pero el juez tiene una prescripción y tiene que decidir, es un caso concreto. Tratando de responder a su pregunta, yo creo que el principal problema de los sistemas solidarios como el que tenemos nosotros, es ver cuál es el límite a esa solidaridad, o cuál es si se quiere el límite al financiamiento de esa solidaridad. Todos queremos todo, esto es obvio, los mecanismos a través de los cuales podemos llegar a tener todo eso pueden ser los administrativos, los prestacionales o los judiciales. Pero cuando uno cae en los mecanismos judiciales se somete a la decisión de los jueces, que puede ser a favor o en contra. Ahora bien, en general lo que nosotros vemos en Argentina es que las decisiones de los jueces no van en contra de las prescripciones de los cuerpos médicos. La verdad que eso es muy raro, nosotros tenemos en los procesos a los peritos, que se llaman peritos auxiliares de la justicia, y además en el arco al menos de la justicia nacional también tenemos el Cuerpo Médico Forense. Yo no recuerdo, y tengo 20 años de abogado, no recuerdo un proceso judicial en donde algún juez haya dicho algo diferente de lo que dijo el Cuerpo Médico Forense, eso es realmente muy difícil.

Estos que mencioné son peritos oficiales, y mirando lo que hemos hecho nosotros en la Superintendencia, dentro del trabajo que hicimos con la Academia Judicial Internacional se firmó un convenio con las academias o asociaciones médicas, que son las que certifican y recertifican especialidades, y la Academia Nacional de Medicina. Se firmó un convenio para que los miembros adheridos a esas academias tuvieran la obligación de colaborar con la Justicia, de modo tal de no armar grupos a favor o en contra, sino que sean las asociaciones médicas que certifican y recertifican las que provean de profesionales idóneos para tomar una decisión judicial. Antes el juez tenía una lista de peritos, de los cuales lo único que sabía era el nombre, domicilio y teléfono, no tenía otro dato, y si tenía o no especialidades esto el juez no lo podía validar. Hoy los jueces tienen acceso a través de la Academia a un listado de profesionales que la propia Academia o Sociedad Científica presentan y validan.

CONCLUSIONES

Dr. Carlos Vassallo

Francamente esta vez no he tenido mucho tiempo de ir procesando todos los contenidos, han sido dos jornadas muy intensas y enriquecedoras. Pero sí me queda una sensación muy clara, y es que cada año y cada vez que terminan las Jornadas, uno siente que fue mejor que la anterior. Y eso es un dato bueno, porque se siente que hay espacio como para poder superarse e incluir otros enfoques.

Quedó claro en esta edición de las Jornadas, la importancia del proceso de prescripción y dispensa cuya relación debemos profundizar desde el punto de vista económico, clínico y jurídico, por todas las implicancias que tiene para el funcionamiento del sistema de salud.

Creo que hemos logrado reproducir en alguna parte del debate con la presencia de los invitados extranjeros, algo que está ausente en el país y que es una discusión sobre el sistema de salud. Me da la impresión de que la Sra. Ministra de Salud de la Nación está intentando generar una discusión en torno al rumbo que tiene que tomar el sistema de salud en Argentina; sería interesante observar la evolución de este importante debate para generar una caja de resonancia en nuestras próximas Jornadas.

Respecto de lo que serían las cuestiones institucionales me parece que ahí todavía estamos en un período donde se

dejan pendientes algunos instrumentos vinculados a la integración y a la eficiencia. Estamos todavía como apelando a lo que pasó en los '90 y sin tomar el toro por las astas. Me estoy refiriendo fundamentalmente al funcionamiento de los mercados y al funcionamiento de las organizaciones, de cómo uno puede introducir instrumentos que mejoren el funcionamiento de los mercados. Venimos de una etapa muy traumática de privatizaciones, por lo cual no se puede hablar del tema en forma distendida, hemos dejado de hablar de ello como si no necesitáramos seguir esforzándonos para alcanzar mayor eficiencia y equidad en nuestro sistema de salud.

Y tengo la impresión que sobre lo **micro** hay también una agenda muy interesante. Por ejemplo el tema de prescripción y dispensa que decimos debe quedar planteado en la agenda de las próximas Jornadas, pasa fundamentalmente por analizar aspectos microeconómicos.

Vamos a tener nuevamente una publicación que nos ha permitido hasta ahora estar presentes durante todo el año, no solamente en el momento del tiempo real de este encuentro, de modo que todos estos contenidos se puedan difundir y ampliar. Al momento de la publicación del libro que como todos los años sacamos de las Jornadas, quizás ya habremos definido dónde se van a plantear las nuevas, las del 2009, siempre con la idea de hacerlas ahora más itinerantes, saliendo de la cuna de este encuentro, que fue la ciudad de Santa Fe y como siempre, esperando contar con todos ustedes.

CIERRE DE LAS JORNADAS

Farm. Juan Carlos Rucci

Es difícil hablar después de expositores con tanta capacidad de palabra y tanta locuacidad, pero lo primero que quiero expresar, sinceramente, es mi agradecimiento por todo el esfuerzo que significó estar firmes aquí estos dos días, y seguir estando junto a nosotros en este auditorio en el momento de la despedida.

Creo que en estas Jornadas vimos como nunca antes a muchísimos compañeros, porque el tiempo va pasando y muchos de nosotros llevamos ya siete años transitando juntos este encuentro. Y muchas de las caras que veo acá no se perdieron una sola de las Jornadas. Pienso que hemos ido generando todo un concepto enriquecedor en torno del medicamento, y algo que me llena de orgullo y alegría es ver como cursantes de las Jornadas anteriores se transformaron en expositores, y como de alguna manera los expositores, que son generalmente actores de la hora de nuestra realidad como país en salud, se empiezan a integrar también a este grupo que se va nutriendo permanentemente de información, y va generando una especie de conciencia grupal de salud, y un conjunto de herramientas e ideas para aplicar en la gestión del día a día. Es una evolución enriquecedora, porque de esta manera todos nos vamos convirtiendo en alguna medida en actores y hacedores de la realidad de nuestro país en salud.

Así como el año pasado fue muy enriquecedora la visión aportada por nuestros invitados españoles, aparte de los expositores que trajimos de nuestro medio, creo que ahora para nosotros fue extremadamente importante ver dos modelos como el brasileño y el costarricense, muy bien expuestos por los disertantes que nos comentaron sus modelos de salud. Y coincido con Carlos Vassallo en que otra vez Argentina se debe una discusión integral al respecto. Y si bien lo digo desde lo personal, creo que muchas veces esta especie de egoísmo genético que tenemos los argentinos no nos permite mirar hacia fuera, y compartir, o traer o importar ideas y cosas que verdaderamente se hacen muy bien, y muy cerca nuestro.

Sólo me queda entonces nuevamente agradecer a los panelistas, por su generosidad en compartir su tiempo y sus conocimientos, en momentos en que sabemos que las agendas están cargadas. Para nosotros es un placer y un orgullo que nos hayan acompañado. Esperemos entonces que en las Séptimas Jornadas Federales y Octavas Jornadas Santafesinas, nos encontremos nuevamente y volvamos a generar este entorno enriquecedor para todos.

Farm. Marcelo Carignani
Intendente de San Nicolás

Francamente había venido simplemente a compartir el cierre de estas Jornadas que he tenido el inmenso placer de que se celebraran en mis pagos, y a saludar a tantos queridos amigos, compañeros de facultad y colegas, pero Manuel Agotegaray me pidió que les diera un saludo de despedida, y voy a intentar unas palabras. Quiero decirles que ha sido un honor y un momento muy grato para mí que mis colegas, mis amigos y mis compañeros de facultad hayan estado aquí en estos momentos en que me toca ser Intendente, y ojalá los hayamos atendido tan bien como se merecen.

Recordaba recién que en la primera edición de las Jornadas que se hicieron en Santa Fe, en aquel momento participé con otros funcionarios del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, y tuve que exponer en una realidad distinta del país, lo que era la producción de medicamentos por parte del Estado. Hoy vemos, y yo creo que con mucho optimismo, un país distinto al que vivíamos en aquel tiempo aunque por supuesto algo de la problemática de los farmacéuticos sigue siendo igual o parecida, pero nos hemos ido dando cuenta que la forma de superarlos es llevar adelante las instituciones, y por supuesto seguimos esperanzados en que definitivamente el medicamento sea tomado como un bien social y pueda llegar a todos los hogares. Para mí es un aliciente ver que tanta gente buena, tanta gente de buen corazón, esté trabajando tan dignamente por mi profesión. Así que les agradezco que haya venido a San Nicolás, y recuerden que acá serán siempre bienvenidos.

Farm. Manuel Agotegaray

Bueno, ya para cerrar definitivamente y en nombre de todos los farmacéuticos que constituimos FEFARA, quiero decir que realmente sentimos un gran orgullo en este momento, y darles las gracias a todos, como ya dijeron acá mis colegas. En primer lugar a los disertantes, que a partir de los diferentes aspectos que expusieron en relación al medicamento han dado realmente lecciones sobre sus respectivos temas. Agradecer en particular la presencia de los disertantes extranjeros y sus excelentes aportes, y resaltar que realmente fue un orgullo contar con ellos, no sólo por sus exposiciones sino también por sus cualidades personales. Agradecer también a los colegas de los diferentes lugares del país que están aquí presentes, a los colegas por supuesto de nuestra provincia de Santa Fe, y muy especialmente a un grupo de anónimos colaboradores del Colegio de Farmacéuticos de Santa Fe, todos empleados que muchas veces

pasan dos, tres o cuatro días en los lugares donde «*los políticos*» como nos llaman ellos en broma, decidimos hacer todavía este tipo de eventos. Acaso no estén acá mientras los nombro, porque seguramente ya estarán ocupados desarmando todo para poder volver con sus familias después de estos días de estar acá, pero realmente sin ellos como parte fundamental del equipo, este tipo de cosas no podrían ser posibles.

Siempre decimos que estos eventos son un pequeño lujo que nos tomamos los dirigentes de las instituciones, con el desafío de que para qué están las instituciones y a quién le deben servir. Siempre remarcamos a este tipo de jornadas las hacemos con los recursos y con el trabajo diario de los farmacéuticos, independientemente de alguna pequeña colaboración. Y como estamos cada vez más osados en esto de traer disertantes de afuera y poder afrontar los costos que eso significa, realmente sentimos el orgullo de hacer estas inversiones, que muchas veces, y hay que decirlo, las decidimos confiando en la capacidad de Carlos Vassallo, y traemos a gente que a lo mejor no tenemos la suerte de conocer antes.

Tenemos en claro que hablamos de costos, pero de ninguna manera los consideramos gastos, sino inversiones. Ojalá los políticos, lo digo con total responsabilidad y exceptúo obviamente al Sr. Intendente de San Nicolás, también entendieran esto. Pero más allá de toda broma, ojalá entendieran que el tema del medicamento dentro de la salud debería ser una política de Estado. Y confieso que cada año, y Carlos Vassallo aquí presente lo puede corroborar, cada vez que hacemos las Jornadas, la Mesa que más nos cuesta armar saben es justamente la Mesa Inaugural, donde tienen que estar los representantes políticos.

Es verdad que ayer tuvimos la suerte de tener al Sr. Ministro de Salud de la Provincia de Santa Fe y a un representante del Ministerio de Salud de la Nación, pero nos cuesta muchísimo. Y creo que sería un gran aporte que por ejemplo lo que hace

hoy Marcelo Carignani, de venir a dar la cara en el momento de la gestión, que es diferente a venir como estadista después que pasó, y venir a contar el partido del domingo con el diario del lunes, fuera una actitud más frecuente y espontánea. Sería muy interesante que lográramos que la política del medicamento en Argentina fuera una cuestión de Estado, y que viniera el ministro del turno o algún funcionario, para sentar las bases principales a fin de lograr un medicamento seguro, accesible y eficaz para la población.

Y terminando esta maratón que hacemos año a año, y que son 48 horas muy, muy intensas, nuevamente muchas gracias a todos, y seguramente seguiremos trabajando durante un año más para gestionar en bien de la profesión farmacéutica, y de última en bien de la población para la cual hemos estudiado todos. Y también para tener los recursos necesarios para, seguramente, el año que viene hacer otra vez estas Jornadas, que son de alguna manera fuente de inspiración para muchos de los que estamos en el día a día tratando de gestionar lo más dignamente posible para la gente, el medicamento.

Desde ya muchísimas gracias, y será hasta el año que viene.

Agende este encuentro

17 y 18 de Septiembre de 2009

**Complejo Hotel de la Cañada | Marcelo T. de Alvear 580.
CORDOBA | ARGENTINA**

VII Jornadas Federales y VI Internacionales

Política, Economía y Gestión de **Medicamentos**

"Medicamentos y Salud: impacto de la crisis global"

EJES TEMÁTICOS

Crisis financiera internacional y nacional: estado de situación de la economía real y perspectivas futuras.

La agenda sanitaria en las provincias argentinas.

Coparticipación federal, economías regionales y situación sanitaria.

Prestación farmacéutica profesional: cómo incentivar el uso racional del medicamento.

Las tecnologías de información y comunicación y la Red Farmacéutica Profesional.

Financiamiento de la salud.

Planes de salud: riesgo, viabilidad financiera y acceso de la población al medicamento.

La agenda internacional en el mercado de medicamentos: acceso, precios y regulación.

La industria farmacéutica ante los nuevos desafíos.

Exponen especialistas nacionales y extranjeros.

ORGANIZA:

FEFARA
Federación Farmacéutica

Informes e inscripción:

- FEFARA: Hipólito Yrigoyen 900 - 5° P - Of. B (1086) Capital Federal - Tel/Fax (011) 4342 9473
fefara@fefara.org.ar - www.fefara.org.ar



Este libro se terminó de imprimir
en el mes de junio de 2009
en los Talleres Gráficos de Imprenta Lux S.A.
Hipólito Irigoyen 2463
(3000) Santa Fe - Argentina
www.imprentalux.com.ar

