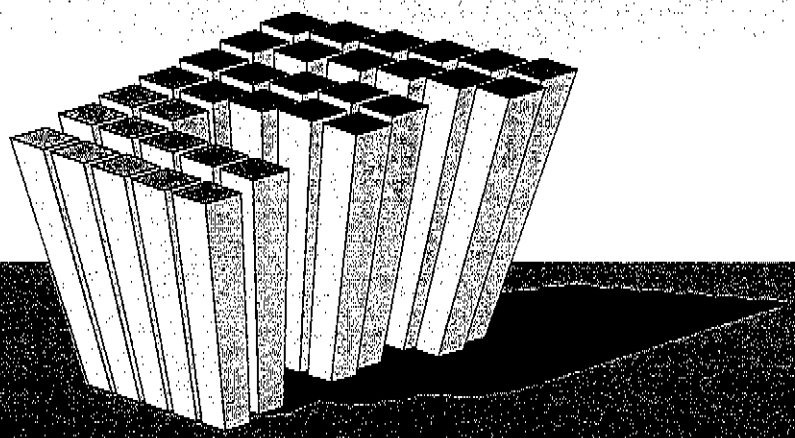
WHO/TFHE/96.2
Distr.: general
Original : inglés

ECONOMIA DE LA SALUD

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL MEDICAMENTO



Printed by DPS/LYT

GRUPO ESPECIAL DE LA OMS SOBRE ECONOMIA DE LA SALUD

ECONOMIA DE LA SALUD

LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL MEDICAMENTO

Fernando S. Antezana,
Subdirector General de la OMS

Germán Velásquez
Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales

GRUPO ESPECIAL DE LA OMS
SOBRE ECONOMIA DE LA SALUD

Junio de 1998

Documentos del Grupo Especial de la OMS sobre Economia de la Salud

WHO/TFHE/93.1	A bibliography of WHO literature.
WHO/TFHE/94.1	A guide to selected WHO literature.
WHO/TFHE/95.1	Une démarche participative de réduction des coûts hospitaliers. Hospices cantonaux vaudois (Suisse).
WHO/TFHE/95.2	Environment, health and sustainable development: the role of economic instruments and policies.
WHO/TFHE/95.3	Identification of needs in health economics in developing countries.
WHO/TFHE/95.4	Health economics: a WHO perspective.
WHO/TFHE/95.5	WTO: what's in it for WHO?
WHO/TFHE/96.1	Cost analysis and cost containment in tuberculosis control programmes:The case of Malawi.
WHO/TFHE/96.2	Drugs and health sector reform.
WHO/TFHE/96.3	A guide to selected WHO literature. Supplement: January 1994 - May 1996
WHO/TFHE/97.1	The Uruguay Round and drugs.

Notas de información técnica del Grupo Especial :

WHO/TFHE/TBN/95.1	Privatization in health.
WHO/TFHE/TBN/97.1	Poverty and health: an overview of the basic linkages and public policy measures
WHO/TFHE/TBN/97.2	Measuring trade liberalization against public health objectives : the case of health services

INDICE

PROLOGO

Basándose en las actividades ya realizadas en la esfera de la economía de la salud, el Director General creó en noviembre de 1993 el Grupo Especial sobre Economía de la Salud, con miras a potenciar el apoyo que la OMS presta a los Estados Miembros[1]. El objetivo del Grupo es promover el uso de la economía de la salud en la formulación y aplicación de las políticas de salud, dando prioridad a los países más necesitados.

El Grupo Especial aspira no sólo a fortalecer el contenido técnico de los programas de la OMS a fin de que puedan adaptar mejor los instrumentos de la economía de la salud a las necesidades de los países, sino también a promover la cooperación entre los organismos de desarrollo en lo que respecta la aplicación de la economía de la salud a nivel de los países.

El Grupo Especial está preparando una serie de documentos en francés e inglés para ayudar a satisfacer las necesidades de información, planificación y financiación del sector de la salud como de los profesionales de ese sector especializados en otras areas. Los documentos ya publicados, de distribución gratuita, figuran en la página ii.

---

[1] El Grupo Especial está integrado por los siguientes miembros : F. S. Antezana (Presidente), M. Jancloes (Copresidente), G. Carrin (Secretario), O. B. R. Adams, A. Alban, A.L. Creese, D.B. Evans, K. Janovsky, J.M. Kasonde, C. Kinnon, E.Lambo, C.L. Lissner, P. Lowry, M. Miller, J.H. Perrot, B. Sabri, Than Scin, G. Velasquez, C. Vieira, A.E. Wasunna, H. Zöllner.

NOTA DE AGRADECIMIENTO

El presente trabajo fue presentado y revisado durante las quinta reunión internacional de Economía de la Salud en Buenos Aires, Argentina, del 24 al 26 de abril de 1996, y en el seminario nacional sobre "La reforma de los sistemas de salud y el medicamento" que se llevó a cabo en Managua, Nicaragua, del 29 al 30 de abril de 1996, con la participación de los ministerios de salud y de economía de este país. Los autores agradecen también los comentarios del Dr Enrique Fefer de la Oficina Regional de la OMS para las Américas y del Dr Armando Arredondo, del Instituto Nacional de Salud Pública de Méjico, del Dr Jonathan Quick, Director del Programa de Acción sobre medicamentos essenciales, y de los miembros del Grupo especial de Economía de la Salud de la OMS.

I. INTRODUCCION : LOS DESAFIOS DE LA MUNDIALIZACION

"Europa es rica, rica en 40 millones de pobres proclamaba un cartel de la Fundación del Abbé Pierre, la primavera pasada en París. Además hay 3 millones de personas sin domicilio fijo y 18 millones de desempleados." (1).

Es claro que el colapso del sistema socialista no significa, como muchos pretenden ver, el triunfo del sistema neoliberal, particularmente en lo que se refiere a la organización de los sectores sociales. Podemos afirmar con Ignace Sacks que "constatando el fracaso de las economías planificadas y el irrealismo de las utopías neoliberales, todos los países ricos y pobres, deben repensar, y aún mejor inventar las formas de regulación democrática de sus economías". (2)

El planeta se hace cada vez más pequeño, los Estados son cada vez más interdependientes, las lluvias ácidas ignoran las fronteras, los mercados financieros mundiales funcionan 24 horas sobre 24 horas, la competencia es internacional y ya se empieza a hablar de seguridad global en vez de seguridad nacional. A este fenómeno se le ha dado recientemente el nombre de mundialización. Muchas de estas transformaciones tienen ya varios años, ¿ cuál sería el elemento realmente nuevo en el llamado fenomeno de la mundialización?

La salida a la crisis económica de los años 30, cuando la economía de los países industrializados se encontró saturada, no fué otra que la expansión, la internacionalización de los mercados. Después de la gran crisis y durante casi 30 años el mercado internacional consistió en el intercambio o compra y venta de productos (materias primas los países del Sur, productos industriales terminados los países del Norte). Desde hace algunos años una gran parte del llamado mercado mundial no tiene productos, se trata del mercado financiero, la compra y venta y alquiler del dinero como tal. La primera página del periódico "Le Monde" del 10 de marzo pasado decía: "La baja del desempleo en los Estados Unidos provoca una caída del mercado internacional". Por absurdo y contradictorio que parezca este título, la verdad es que si la economía va bien y el desempleo disminuye es bastante probable que las tasas de interés vuelvan a aumentar y en este sentido el mercado, es decir el mercado financiero internacional, se vería afectado.

Tres características nuevas de la "mundialización":

1. El hecho de que gran parte del mercado internacional sea el mercado financiero del comercio de capitales.

2. El impacto sobre la producción y el comercio mundiales de bienes y servicios de los acuerdos alcanzados en el Acta Final de la Ronda de Uruguay.

3. Lo que algunos autores han llamado el "pensamiento único" o el final de las ideologías de Fukuyama.

Conviene detenernos un poco en este tercer punto, ya que la redefinición de los sistemas de salud que hoy vivimos se encuentra altamente influenciada por este fenómeno.

Después de la caída del muro de Berlin y el colapso de los régimenes comunistas el pensamiento neoliberal ha resurgido casi con tintes de dogmatismo ideológico (3).

Pero ¿ qué es el "pensamiento único" ? No es otra cosa que la traducción en términos ideológicos, con pretensión universal, de los intereses de un conjunto de fuerzas económicas, sobre todo y particularmente del capital internacional. Esta ideología fué definida ya, según Ramonet (4), desde 1944 con ocasión de los acuerdos de Bretton Woods. Hoy, los grandes medios de información económica internacional, como "The Wall Street Journal, "Financial Times", "Far Eastern Economic Review", la Agencia Reuter etc., nos repiten insistentemente el mismo modelo. Y parece que en nuestras sociedades dominadas por los medios de comunicación, la repetición equivale a la demostración.

El principio fundamental del pensamiento único neoliberal tiene irónicamente una gran connotación marxista: lo económico domina lo político... el mercado, el libre mercado debe ser la regla. Algunos autores, como M. Bertrand, van más allá afirmando más que el pensamiento único, el final de las ideologías. Según él el mundo contemporáneo desde hace algunos años, y sobre todo desde el colapso del bloque soviético en 1990, la economía internacional, las grandes potencias, las grandes instituciones de desarrollo, los políticos que gobiernan hoy el mundo, abandonaron todo tipo de modelo económico claramente definido. Adam Smith o Marx formularon filosofías que correspondían a modelos económicos bien definidos. Hoy, tanto occidente como el mundo ex-comunista, se han lanzado a lo que Bertrand llama el **economicismo tecnócrata simplista**, vacío de ideología estructurada y coherente y caracterizado por una respuesta pragmático-empírica, mensurable en términos financieros, antes que sociales o de desarrollo humano, a los problemas inmediatos de la sociedad de cada día.

De América Latina a Asia, la casi totalidad de los países del continente africano o los nuevos países independientes de la ex-URSS, oimos hablar de economía de mercado, de apertura de los mercados, de abolición total de las barreras arancelarias que por mucho tiempo se consideraron con instrumentos necesarios para el desarrollo. Esta nueva tendencia plantea dos problemas al sector salud:

1. La ilusión de que la economía de mercado, la privatización, la libre empresa resolverán los problemas del sector salud.

2. En un panorama en que se pretende que el Estado juegue el menor rol posible: ¿quién podra garantizar la equidad en el acceso a los servicios de salud ?.

Es como si las políticas de salud se limitaran a ser "botiquines de urgencia" para curar los heridos o excluidos de un modelo económico que busca exclusivamente el crecimiento económico y no necesariamente la equidad. Las políticas sociales se utilizan como elementos compensatorios de los desgastes ocasionados por las políticas económicas. Algunos se preguntan hoy si incluso las recientes inversiones en salud de los bancos internacionales de desarrollo no se inscriben también en esta lógica.

En un gran número de países en vías de desarrollo la equidad en el acceso a los servicios de salud no podrá lograrse si no se pasa por un proceso drástico de **redistribución** de la riqueza donde el mecanismo clásico ha sido el de los impuestos. Desafortunadamente es bien conocido el problema de evasión de impuestos en muchos países en vías de desarrollo en las clases privilegiadas, que podrían permitir una redistribución más solidaria del ingreso. Se habla cada vez más del grave problema del desfinanciamiento del sector salud en países con un índice de crecimiento económico relativamente importante. En sociedades donde todo el mundo consigue alimentarse correctamente, un crecimiento económico por más desigual que sea de alguna manera beneficia a los más pobres. El problema es radicalmente diferente en países en donde los niveles de pobreza absoluta son elevados y donde no se habla de bienestar sino de supervivencia.

El nuevo contexto económico y social tiene hoy características bien específicas tales como: el crecimiento de la deuda externa, el inicio de la contratación de la deuda externa para el desarrollo del sector salud, los condicionalismos exigidos por los programas de ajuste estructural, particularmente en los sectores sociales, los problemas ligados a las devaluaciones de las monedas de muchos países, el crecimiento acelerado de la población mundial, especialmente en los países pobres, la transición demográfica hacia una población cada vez más vieja, la reaparición de las enfermedades como el cólera o la tuberculosis, o la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA.

Dentro de este contexto está claro que el papel de una organización como la OMS es hoy más que nunca, el de proponer alternativas, explorar nuevos modelos y formas de organización de los servicios de salud que respondan mejor a los objetivos de eficacia y de equidad. Es dentro de esta óptica que se aborda el tema de la reforma del sector salud en este documento. Por definición no hablaremos de reforma sino de reformas y nuestra intención y convicción es de demostrar que no existe una sola vía sino varias, tal vez muchas que todavía no hemos imaginado o pensado, pero en eso consiste el desafío. **Lo que pretende este documento en último término es proponer una reflexión para la formulación de nuevos modelos de organización de los servicios de salud basados en una concepción de la sociedad diferente a la sola ideología que parece reinar hoy en muchos espíritus.**

II. LA REFORMA DE LOS SISTEMAS DE SALUD

1. Perspectiva histórica: ¿ cuándo, quién y por qué se habla de reforma de salud?

Revisando la literatura de estos últimos años en materia de salud, la primera alusión a la reforma se encuentra en el estudio del Banco Mundial "Financing health services in developing countries, an agenda for reform", publicado en 1987.

Este documento propone 4 reformas políticas para el sector salud:

- Hacer pagar al usuario en los servicios de salud públicos, especialmente los medicamentos y los servicios curativos.
- Crear sistemas de seguros de salud, con el fin de aligerar los presupuestos de salud del Estado.
- Utilizar recursos no gubernamentales, estimulando la participación del sector privado.
- Descentralizar los servicios de salud del sector público.

El documento del Banco Mundial propone estas cuatro reformas como respuesta a tres problemas básicos que el documento describe como: - insuficiencia de recursos financieros, - ineficiencia de los programas públicos, - inequidad en el acceso.

El optimismo del final de los años 70, con la revolución de la atención primaria de salud, ha sido cada vez más desafiado por una serie de acontecimientos como:
- La drástica reducción de los presupuestos de salud impuesta por la crisis económica y los programas de ajuste estructural, la transición hacia una economía de orientación liberal (los países de Europa oriental, los Nuevos Estados Independientes de la ex-Unión Soviética, Camboya, Mozambique, Nicaragua etc.), la prevalencia de enfermedades crónicas al mismo tiempo que las enfermedades contagiosas, el aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud, y el surgimiento del SIDA o el resurgimiento de enfermedades de pobreza como ha sido el caso del cólera en América Latina. Todos estos hechos han llevado a plantear la necesidad de una reforma del sector salud. Paradójicamente, aunque las razones son claras y urgentes, esta necesidad parece estar siendo planteada más desde afuera que desde dentro de los países:

- Inicialmente, como ya se mencionó antes, el Banco Mundial en su agenda para una reforma en 1987.

- El "World Development Report" del Banco Mundial, publicado en 1993, donde se invita claramente a los países a adoptar las propuestas del informe. " La adopción de las principales recomendaciones de política de este informe por los gobiernos de los países en vías de desarrollo mejoraría enormemente el estado de salud de la población,

especialmente de los más pobres, y ayudaría también a controlar los gastos de salud. Millones de vidas y billones de dolares se podrían salvar" (5).

- La "London School of Hygiene" (6) ha realizado varias investigaciones en éste tema, sobre todo en lo que se refiere a las reformas de los sistemas de financiamiento del sector salud.

- La Escuela de Salud Pública de Harvard organizó una Conferencia sobre reforma de salud en los países en vías de desarrollo, llevada a cabo en octubre de 1993 en Boston EE.UU. El conjunto de los trabajos cubren tanto países desarrollados como países en vías de desarrollo y fueron publicados en 1995 en un número especial de la revista "Health Policy" (7).

- El Forum sobre Reforma del Sector Salud, cuyo secretariado está a cargo de la Unidad de Políticas y Sistemas Nacionales de Salud de la OMS, es un grupo de personas de alto nivel técnico que representan además de la OMS, otros organismos internacionales, bilaterales, bancos de desarrollo, ministerios de salud y algunas instituciones académicas. Este grupo se reune periódicamente y ha publicado ya una serie de documentos relevantes sobre diferentes aspectos de la reforma del sector salud (8).

Una segunda paradoja en este tema de la reforma del sector salud, es el hecho de que se utilizan a veces como ejemplo o referencia modelos de países industrializados que a su vez, como se sabe muy bien, atraviesan una profunda crisis, y son actualmente cuestionados en los propios países donde existen. (como es el caso de EE. UU., Inglaterra o Francia por ejemplo) (9).

2. ¿Que significa la reforma del sector Salud ?

Normalmente se considera que una reforma es un cambio positivo, es mejorar algo que ya existe. En teoría, **la reforma de salud ha sido definida como el esfuerzo resuelto por un cambio para mejorar la eficiencia, la equidad y la eficacia del sector salud** (10).

Desafortunadamente en la práctica la realidad es diferente y la reforma puede tener diferentes significados:

Como parte del proceso de remodelación o modernización del Estado que responde a la exigencia de los programas de ajuste estructural, como es el caso de la reforma de Kenya, (11) de recortar el gasto público. Reformas de salud movidas por este proceso pueden tal vez mejorar la eficiencia de la administración pública, pero no necesariamente la equidad, ni el aumento de la cobertura sanitaria.

Otra corriente frecuente hoy es la de promover que el sector público abandone la ejecución de programas de salud y se concentre en su rol normativo y regulador. En la práctica, los procesos de privatización de los servicios de salud no han sido siempre acompañados por un fortalecimiento del papel normativo de los ministerios de salud. Muchos ministerios de salud, como sucede actualmente en algunos países de Latinoamérica, se han debilitado y no tienen el poder suficiente para coordinar todos los actores nacionales (privados y públicos) e internacionales: bancos de desarrollo, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, cooperación bilateral etc. En este caso, no es tampoco evidente que reforma signifique necesariamente mejoría.

Una tercera motivación de la reforma del sector salud han sido los procesos de descentralización político-administrativa en curso en muchos países. Reformas de salud originadas principalmente por los procesos de descentralización se han visto en la práctica enfrentadas a diferentes problemas:

- se descentraliza el poder político de decisión, sin la capacidad técnica para la ejecución.

- aumento de la desigualdad entre regiones, provincias o departamentos pobres y ricos,

- debilitamiento del rol normativo de los ministerios de salud en sus funciones no descentralizables. Normas de calidad de los medicamentos, criterios de registro sanitario, por ejemplo.

Estos diferentes prototipos evidentemente no existen separados; con frecuencia las reformas son motivadas por dos o por los tres modelos expuestos, lo que viene a complicar la situación. Aparte de estas posibles motivaciones de caracter específico, es evidente que la razón de fondo está en el hecho que vivimos un período de la historia de tensos e intensos cambios donde los sistemas de salud deben permanentemente adaptarse a los rápidos cambios económicos, políticos, culturales y tecnológicos.

En el fondo como lo demuestra claramente la reciente experiencia en Europa y sobre todo la fracasada reforma de salud de la administración Clinton en los Estados Unidos, la reforma de salud es un proceso de un fuerte caracter político (12). No es suficiente formular los cambios necesarios sino **cómo** se van a aplicar y **quiénes** son susceptibles de estar en favor o en contra de las reformas propuestas.

3. Grandes líneas de las reformas de salud

Segun J. Frenk (13) existen 4 factores fundamentales que deben ser analizados para decidir cual es la forma que la reforma deberá tomar:

- los problemas
- los principios y objetivos
- las propuestas
- los protagonistas

3. 1 Los problemas y motivos para emprender una reforma ya fueron mencionados en el punto anterior. En lo que se refiere a los principios y objetivos en el caso de la reforma mejicana fueron identificados 4 principios y tres objetivos que nos parecen pertinentes y que podrían ser aplicados a otros países.

3. 2 Principios

- **Derecho de todo ciudadano**: el acceso a los servicios de salud es un derecho social de todo ciudadano.

- **Universalidad**: toda la población es cubierta por un paquete universal de servicios efectivos y abordables.

- **Solidaridad**: cada uno contribuye al sistema de acuerdo a sus capacidades y cada persona recibe la atención de salud cuando la necesita.

- **Pluralismo**: la persona debe tener derecho a elegir entre diferentes opciones combinando lo mejor del sistema público y del privado.

3. 3 Objetivos

- Equidad
- Calidad
- Eficiencia

3. 4 Propuestas

Si observamos las reformas o tentativas de reformas de salud en los últimos diez años, particularmente en Africa y algunos países europeos, dos tipos de reformas han sido propuestas: la reforma de las estrategias de financiamiento y la reforma de la organización y procedimientos del sector público(14). Un tercer tipo de reforma más estructural englobaría las dos anteriores como es el caso de la reforma de Méjico (15) o recientemente de Colombia.

3.4.1 Reformas de las estrategias de financiamiento del sector salud

Los sistemas públicos de salud de muchos países en vías de desarrollo han sido tradicionalmente financiados a través de impuestos y de subsidios del gobierno central. En términos generales las reformas del financiamiento de la salud consisten en la busqueda de fuentes alternativas de financiamiento. Las fuentes alternativas generalmente identificadas han sido:

- la recuperación de costos,
- los esquemas para compartir los costos ("cost sharing schemes")
- lo que se ha llamado el financiamiento comunitario, y
- los sistemas de seguros sociales.

Este tipo de reformas tienen como objetivos principales:

- complementar los fondos insuficientes del Estado aumentando los fondos disponibles para la salud,

- cambiar el comportamiento de los proveedores y usuarios de los servicios de salud creando una conciencia de los costos reales de los servicios.

- mejorar la calidad y cobertura de los servicios.

Una evaluación realizada en 1993 en 37 países africanos (16) constató que 33 de los 37 países estudiados habían introducido alguna forma de recuperación de costos.

Potencialmente este tipo de reformas puede tener un impacto positivo en términos de eficiencia en la adjudicación de los nuevos recursos generados. En la práctica, en experiencias que retienen los nuevos ingresos en el lugar donde fueron recaudados, tipo Iniciativa de Bamako o las recientes experiencias en China (17), se corre el riesgo de ser más bien ineficientes debido a la incapacidad de manejar los recursos al nivel local. Existe también el peligro de que la contribución directa de los usuarios en el financiamiento de la salud estimule nuevas reducciones del presupuesto del Estado para la salud. En el caso de la recuperación de costos de los medicamentos, segun un artículo de la revista "Social Science and Medicine", se ha costatado un aumento exagerado e injustificado del consumo de medicamentos (18).

El impacto en términos de equidad de este tipo de reformas es un tema bastante controvertido. Algunos estudios parecen demostrar que la introducción del pago directo por los servicios produce una baja en la frecuentación de los servicios de salud por parte de los grupos más desfavorecidos (19). Otros estudios sugieren que la mejoría de la calidad de los servicios lograda por los nuevos ingresos aumentaría la frecuentación y la confianza de la población en los servicios de salud. Podemos tal vez afirmar que la

introducción del pago directo de los usuarios por los servicios de salud no va necesariamente a producir un impacto negativo en terminos de equidad, pero de ahí a decir con certeza que esta medida promueva la equidad en el acceso no existen suficientes pruebas para afirmarlo.

3.4.2. Reformas de la organización y la administración del sector salud.

Hay dos elementos principales en reformas de este tipo: la descentralización y la privatización. La descentralización en el campo de la salud es un proceso que viene desde hace ya muchos años, podemos decir que la OMS en Alma Ata con la atención primaria dió el primer gran impulso a la descentralización. Los recientes procesos político-administrativos en curso en un gran número de países han venido a reforzar la descentralización de los sistemas de salud. Muchos son los aspectos positivos como también los riesgos o problemas que traen los procesos de descentralización que no serán abordados aquí por no ser éste el objeto directo de este documento. Un comentario sí, en lo que se refiere a la descentralización en el área de los medicamentos. Todavía no hemos sido suficientemente enfáticos en afirmar que **en el campo del medicamento existen varias funciones del Estado que no deben ser descentralizadas,** como es el caso de la selección de los medicamentos que el Estado autoriza a circular en el territorio nacional (registro sanitario), las normas de calidad o las políticas de precios de los medicamentos.

Sobre la privatización tanto en el sector salud como en el area de los medicamentos digamos solo que la preocupación central de la OMS es la de cómo se garantiza la equidad en el acceso a los servicios, y cómo se logra mantener el uso racional de los servicios de salud y de los medicamentos en un horizonte en que el sector privado con fines lucrativos, juegue un papel cada vez más preponderante. Y si profundizamos un poco más de una manera mas ideológica, podremos preguntarnos si por definición el rol del Estado ¿ no consiste en asegurar a cada ciudadano la seguridad, la educación y la salud ?

3.4.3. Reformas globales (o comprensivas) de los sistemas de salud.

En términos generales podemos decir que este tipo de reformas integrales abarcan las dos concepciones anteriores pero su característica fundamental radica en el cambio de enfoque, en la forma de aproximación al problema. Un sistema de salud es básicamente un complejo de relaciones entre tres actores principales: el Estado, los proveedores de servicios de salud (públicos o privados) y la población. Una reforma de salud de caracter integral deberá tener en cuenta estos tres actores y sus relaciones, en función del objetivo último de la salud pública, que seguirá siendo el de salud para todos.

Las nuevas relaciones entre los tres protagonistas de la reforma: Estado, proveedores y población, deberán ser encaradas desde el punto de vista económico, epidemiológico, político e ideológico. Este último aspecto es determinante ya que **cualquier modelo o**

sistema de salud responde en último término al proyecto de sociedad que se tenga como ideal.

J. Frenk propone, en base a la experiencia mejicana, un cuadro conceptual con cuatro niveles políticos: (20).

Nivel político	Objetivo	Temas
Sistémico	Equidad	- criterios para la elección de la población - arreglos institucionales: •agencias públicas implicadas en atención de salud •niveles del gobierno •interacción sector •público/privado •papel de la población •generadores de recursos •otros sectores con efectos en salud
Programático	atribución financiera eficiente	- definición de prioridades - costo/efectividad de las intervenciones
Organizacional	eficiencia técnica	- productividad - calidad de la atención
instrumental	inteligencia institucional	- sistemas de informaci'on - investigación científica - desarrollo tecnol'ogico - desarrollo de recursos humanos

El interés del cuadro anterior, en la óptica de nuestro documento, es la constatación de la complejidad de los diferentes aspectos que deben componer una reforma. Reducir la reforma a aspectos financieros, o al rol del sector público frente al privado resulta en un simplismo exagerado que puede comprometer los objetivos mismos de la reforma. Si el tema que nos interesa es el del papel del medicamento en la reforma del sector salud, debemos abordarlo en el contexto de una reforma global sin reducirlo meramente al problema de quien paga o si el proveedor es público o privado.

III. REFORMA DE SALUD Y MEDICAMENTOS

La pregunta que parecen hacerse hoy los responsables del sector farmaceútico es cuál es la influencia de la reforma de salud en el campo del medicamento; pero no deberíamos preguntarnos mas bien ¿cómo el medicamento va influenciar la reforma ?

1. La política de medicamentos esenciales precursora de la reforma de salud

Tal como indicamos en la introducción, la noción de reforma del sector salud aparece hace apenas diez años, hacia 1987. Al final de los años 70 y luego a partir de 1981 una parte del sector salud, el componente farmacéutico, había sentido la necesidad y formulado una verdadera reforma en lo que se llamó la política de medicamentos esenciales. Frente a la acelerada aparición del numero de medicamentos en el mercado al final de los años 70, muchos países empezaron a ver la necesidad de organizar el sector farmacéutico y la primera lista de medicamentos esenciales seguida de la promoción de políticas nacionales de medicamentos, constituyó una primera reforma de fondo de una parte del sector salud.

La política de medicamentos esenciales recomendada y promovida por la OMS desde hace ya más de 15 años es precursora y en cierto modo motor de lo que hoy llamamos reforma del sector salud. La política, basada en el concepto de medicamentos esenciales, apuntaba ya con medidas drásticas, y a veces conflictivas (como es la necesidad de selección, las listas de medicamentos esenciales), a la equidad en el acceso, la eficacia, la calidad y el uso racional. Objetivos, que como vimos ya, coinciden con los objetivos de la reforma del sector salud de la cual se habla hoy en día.

2. No hay reforma de salud sin medicamentos

Debido al rol curativo, cultural y por qué no decirlo mágico del medicamento, la presencia de éste en los servicios de salud es condición indispensable al buen funcionamiento del sistema sanitario. La credibilidad y la eficacia, y por lo tanto la frecuentación de los servicios de salud, depende en gran parte de la posibilidad que tenga el paciente de obtener el (los) medicamento(s) indicado(s) en el momento oportuno. De poco sirve un buen diagnostico si la persona no tiene acceso a la terapia necesaria.

Ademas del medicamento esencial como precursor de la reforma y el medicamento esencial como condición para el buen funcionamiento de los servicios, existe un tercer elemento, tal vez el más importante, y es el del medicamento esencial como motor de la reforma. Veamos como la estrategia de los componentes de la política de medicamentos esenciales puede aplicarse al conjunto del sector salud.

¿ Cuál es el papel económico, epidemiológico, político e ideológico del medicamento en el contexto de la reforma de los sistemas de salud ?

3. El medicamento: un insumo crítico

En un número elevado de países y en particular en países en desarrollo, los gastos en medicamentos constituyen el aspecto más crítico de la financiación de los servicios de salud. Los gastos en medicamentos no son en términos monetarios los más altos (los salarios, por ejemplo, representan un porcentaje superior), pero son los más importantes y delicados del presupuesto de salud por dos motivos:

Primero: la falta de medicamentos puede bloquear todo el funcionamiento del sistema de atención de salud.

Segundo: los gastos en medicamentos representan para un gran número de países salidas de divisas, en la medida en que la mayoría de los países depende de la importación de los medicamentos (en forma de productos acabados o de materias primas). Divisas especialmente difíciles de obtener para el sector salud en períodos de balanzas comerciales deficitarias.

4. El concepto de medicamento esencial: motor de la reforma de salud

La política en materia de medicamentos, la visión del medicamento, basada en el concepto de medicamentos esenciales promovida por la OMS desde 1981, pretende promover la equidad, mejorar el acceso y la eficiencia del sistema y garantizar el uso racional del medicamento. Si la equidad, el acceso, la eficiencia y el uso racional son también los objetivos de la reforma de salud, la pregunta lógica sería si la estrategia de la política de medicamentos esenciales o la reforma del sector farmacéutico, no es hasta cierto punto aplicable al sector salud en general, y en esta línea, el concepto de medicamento esenciales una fuente de inspiración de la estrategia que deben seguir las reformas de salud.

Como bien sabemos, el informe del Banco Mundial de 1993, lanza la propuesta del **paquete esencial de salud**, que no es otra cosa que la aplicación al sector salud de la estrategia planteada en la política de medicamentos basada en el concepto del **medicamentos esenciales**.

Teniendo en cuenta que los objetivos de la política de medicamentos esenciales y los de la reforma del sector salud van en la misma línea, cuáles serían los principales componentes de la política de medicamentos esenciales aplicables al sector salud en general, en el cuadro de una reforma.

Selección

El punto de partida de una política de medicamentos esenciales es la selección de los medicamentos en función de las necesidades sanitarias de la población. La selección implica un equilibrio de distintas variables: eficacia, seguridad, costo, infraestructura de la atención de salud y personal capacitado para prescribir. Las listas nacionales de medicamentos esenciales fueron el primer paso en la formulación de la reforma farmaceútica.

Un concepto que es importante tener claro, es que un mercado puede organizarse. Esta organización se logra a través de ciertas reglas, de información objetiva y correcta y de incentivos a todos los actores: industria, prescriptor/dispensador y consumidores.

La primera regla fundamental para la organización del mercado farmacéutico es la selección de los medicamentos que se autorizan a circular en el país. Es evidente que la factura farmacéutica de un país será muy diferente si el mercado esta constituido por 3.000 especialidades diferentes o por 30.000. El principal instrumento reglamentario de la selección es el registro sanitario.

El Estado cuenta también con otros instrumentos para la organización del mercado que no son necesariamente exclusivos del sector farmacéutico como son los reglamentos para las compras públicas (licitaciones etc.), leyes de patentes y de marcas, armonización de legislaciones nacionales para facilitar los mercados subregionales y grandes campañas de información al público para que el consumidor pueda jugar un rol mas activo en la selección de sus medicamentos. No nos referimos a la selección de la terapia sino a los distintos costos que puede tener el mismo tratamiento.

La selección de las necesidades reales y prioritarias en materia de salud deber ser uno de los criterios básicos de una reforma de salud. El despilfarro observado en el sector de los medicamentos existe también en lo que se refiere a los diagnósticos innecesarios, las hospitalizaciones superfluas y las inversiones en sectores sanitarios sin relación costo-beneficio o que no responden a las necesidades de la mayoría de la población. Un equilibrio entre las tecnologías de salud avanzadas y la extensión de los servicios básicos para el conjunto de la población debe ser una preocupación constante de los nuevos sistemas de salud.

La cuantificación

Al igual que ocurre con los medicamentos, es fundamental cuantificar las necesidades de salud para poder planificar en función de dos variables primordiales: necesidades a satisfacer y recursos disponibles. Uno de los motivos por los cuales se producen cortes con cierta facilidad en los presupuestos de salud, es a menudo la falta de conocimiento de los

costos para satisfacer las necesidades reales de la población en materia de salud. Sería importante poder traducir en horas de trabajo o vidas lo que representa para la sociedad un corte de un determinado porcentaje del presupuesto del Estado dedicado a la salud.

El suministro: los medicamentos genéricos.

La característica económica mas importante del medicamento genérico es que, en contraste con los productos de marca, promueve la concurrencia al facilitar la comparación entre productos identificados con el mismo nombre.

La prescripción, dispensación e incluso la substitución promovida en muchos países permite una reducción significativa del costo del medicamento en los servicios de salud. La promoción del uso de genéricos debe ser encarada por los gobiernos a distintos niveles: enseñanza en las facultades de farmacia, de medicina y otros profesionales de la salud, leyes que exijan a los prescriptores escribir en sus recetas los nombres genéricos de los medicamentos, reglamentos que permitan la substitución del medicamento por el genérico equivalente más barato, tarifas o sistemas favorables de remuneración de los farmacñeuticos que vendan productos genéricos.

El componente de la política de medicamentos esenciales cuyas ventajas económicas han sido el objeto de más estudios es sin duda alguna el suministro de medicamentos. Las ventajas de licitaciones internacionales o de otros sistemas racionales de compra de medicamentos son perfectamente aplicables a las compras del resto de los insumos necesarios a los servicios de salud.

El uso racional

Por último, tal vez el elemento decisivo que podría transformar significativamente la eficiencia, la calidad y el acceso a los servicios de salud, es lo que la política de medicamentos esenciales ha llamado el uso racional de los medicamentos, concepto que podría extenderse al uso racional de los servicios de salud en general. El mercado de los servicios y bienes para la salud está condicionado o sujeto en gran parte a la acción de un intermediario (médico, enfermero o prescriptor) que decide en lugar del usuario. El médico o prescriptor tiene el poder y la responsabilidad de decidir no solo del tratamiento medicamentoso más apropiado sino también de la oportunidad o no de la duración de una hospitalización, de una intervención quirúrgica, del uso de un medio de diagnóstico, de una detención en la actividad laboral o de la educación al paciente para prevenir la enfermedad. El prescriptor, que determina en gran parte los gastos de salud sin ser el que paga, nunca o raras veces, se preocupa del costo de los servicios o de los insumos necesarios para el tratamiento. El cambio de actitud de los médicos o de los prescriptores desde el punto de vista de la racionalización terapéutica y económica, es definitivo. Como

fué mencionado ya, no basta con formular el contenido de una reforma, y los cambios que se pretenden introducir, sino que es necesario estudiar **cómo** se van a aplicar y **quienes** son los protagonistas principales suceptibles de estar en favor o contra de las reformas propuestas.

La farmaco-vigilancia y la farmaco-economía

Nuevas disciplinas como la farmaco-vigilancia y la farmaco-economía se han interesado recientemente en el impacto post-intervención como instrumento importante para analizar el costo y la efectividad de los tratamientos medicamentosos. Este tipo de aproximación que se interesa por el impacto de la intervención es cada vez mas utilizado en el sector salud en general, donde los altos costos de la tecnología de diagnóstico y tratamiento tendrán que ser analizados en función del impacto en términos de salud pública: es decir, mejoría de la situación de salud y posibilidades de generalización del acceso.

5. Lecciones de la reforma farmacéutica para la reforma del sector salud

En muchos países, el sector salud tiene una baja prioridad dentro de los planes de los gobiernos. La experiencia de las reformas del sector farmacéutico muestra que debido a las implicaciones políticas, económicas y sociales, el tema del medicamento puede dar visibilidad al sector salud e inscribir la reforma de salud en la agenda de las prioridades nacionales.

La experiencia de muchos países (Sri Lanka, Bangladesh, Argentina, Colombia por ejemplo) confirma claramente que la formulación del contenido de la reforma no es suficiente si no se tiene cuidadosamente en cuenta el **cómo**, el proceso de aplicación y los **actores**. Reformas del sistema farmacéutico perfectamente consistentes desde el punto de vista de su contenido, han fracasado en varios países, a causa de la oposición de algunos actores: cuerpo médico, grupos de presión de la industria farmacética, asociaciones de farmacéuticos. Políticas guvernamentales de promoción del uso de medicamentos genéricos por ejemplo, no han tenido éxito en países como Francia, o Argentina debido a presiones de grupos profesionales o industriales.

Otro elemento importante que se ha podido observar con frecuencia en la introducción de reformas farmacéuticas, es que las reformas que se quieren introducir (listas limitadas de medicamentos, formulación en nombres genéricos, racionalización de la prescripción, etc.) se limiten al sector público. Dejar por completo el sector privado del medicamento o de la salud a las fuerzas del mercado equivaldría a abandonar los objetivos de equidad.

Las reformas del sector farmacéutico afectan intereses que están en cierto sentido fuera del sector salud, exigen decisiones que sobrepasan el poder de los responsables de

salud, e incluso pueden verse modificadas o malinterpretadas por personas que desconocen las implicaciones de orden sanitario. Se ha observado con frecuencia que los responsables del sector salud no han sabido, por negligencia o simplemente ignorancia, defender, justificar e impulsar las reformas frente a los responsables de los sectores económicos de los gobiernos o de la industria privada. Sería importante capacitar a los responsables de las reformas de salud para dialogar en un lenguaje claro y contundente con los responsables de los sectores económicos que participan en la reforma.

Finalmente, en un panorama donde los actores nacionales e internacionales, privados y públicos en el sector farmacéutico se han multiplicado, el liderazgo de los ministerios de salud se ha debilitado con frecuencia. En algunos países, los bancos de desarrollo o los organismos de cooperación bilateral disponen de importantes recursos financieros, especialmente bajo forma de créditos, con frecuencia superiores a los presupuestos del Estado para el área del medicamento. La aprobación de créditos internacionales a veces ha estado supeditada a condicionamientos que pueden a desvirtuar las políticas de medicamentos previamente establecidas por los gobiernos. Aun en el caso de que las reformas o políticas impuestas sean correctas en términos de salud pública, los procesos de reforma del sector salud deben ser asumidos desde el interior y por los responsables y actores de los países donde se pretenden implementar.

6. Perspectivas

Los responsables sanitarios y promotores de la política de medicamentos esenciales deberían tal vez preguntarse si algunos de los fracasos en la aplicación de esta política no se deben al hecho de haber querido introducir una reforma en una estructura obsoleta que necesitaba ser primero reformada, para poder asumir la nueva visión propuesta en la política de medicamentos esenciales.

En primer lugar, y como una reflexión desde el interior del sector farmacéutico, podríamos decir que no es suficiente cuestionar y tratar de reformar el (los) sistemas de financiamiento del medicamento, si la estructura organizacional del sector farmacéutico y las relaciones entre los tres actores: Estado, Proveedores (público y privado) y Población, continuan iguales.

La segunda conclusión sería la de la dependencia recíproca entre la reforma del sector salud y y la política de medicamentos esenciales. Esta puede, como vimos, ser motor o fuente de inspiración del proceso de reforma del sector salud, pero la política de medicamentos esenciales necesita a su vez, de un marco más amplio, de una nueva organización y concepción de los servicios de salud, tal como se concibe en una reforma global del sector salud.

Finalmente, conceptos como el de equidad, solidaridad, redistribución de los recursos solo pueden de introducirse dentro de un proyecto de sociedad donde el desarrollo

económico y social tienda claramente a beneficiar al más grande número posible de los individuos que componen dicha sociedad. Por evidente que parezca no sobra recordar que la solución a los problemas que enfrenta hoy el sector salud no puede venir sólo del interior del sector salud, sino que obedece a un campo más amplio, al de las opciones de cada país en materia de desarrollo económico y social. Y aquí, como en el caso que acabamos de ver, en relación al papel de la política de medicamentos esenciales, en las reformas del sector salud, como motor y fuente de inspiración, podríamos preguntarnos si la reforma global del sector salud como rapidamente la hemos esbozado, no está llamada a jugar un rol de motor y fuente de inspiración en la construcción de un proyecto de sociedad más justo y equitable.

BIBLIOGRAFIA

(1) Ignace Sacks in Le Monde Diplomatique, París, enero de 1995.
(2) 0p.cit.
(3) Ramonet, I. La pensée unique in Le Monde diplomatique, París, octubre de 1995
(4) op. cit.
(5) World Development Report, Oxford University Press, 1993, p.13.
(6) Walt and Gilson, Reforming the health sector in developing countries ..., in Health Policy and Planning, Oxford University Press, 1994.
(7) Health Policy Rev. Volume 32, Nos. 1-3 April-June 1995.
(8) Health Sector Reform: Key issues in less developed countries. WHO/SHS/NHP/95.4
(9) Marc Danzon y Priscille Poitrinal in Le Monde Diplomatique: "La santé malade de l'économie" París, mars 1996.
(10) Health Policy op. cit.
(11) Collins, Quick, Musau y Kraushaar, Health financing reform in Kenya, MSH, Boston USA, 1996.
(12) Cassels Andrew "Health sector reform: Key issues in less developed countries", Discussion paper No. 1, WHO/SHS/NHP/95.4
(13) Frenk, J. Comprehensive policy analysis for health system reform, in Health policy rev. op. cit. p. 257 - 277.
(14) Gilson y Mills in Health Policy 32 (1995) 215-243 op. cit.
(15) Frenk, J. in Health Policy 32 (1995) op. cit.
(16) Nolan and Turbat "Cost recovery in public health services in sub-Saharan Africa, Banco Mundial, Washington (draft paper), 1993
(17) Barnum and Kutzin. Public hospitals in developing countries: Resource use, cost and financing, The Johns Hopkins Press, Baltimore y Londres, 1993.
(18) McPake, Hanson and Mills, Community financing of health care in Africa: an evaluation of the Bamako Initiative, Social Science and Medicine, 36 (1993) 1383-1395.
(19) Creese, A User charges for health care: A review of recent experience, Health Policy and Planning, 6 (1991) 309 - 319.
(20) Frenk. Dimensions of health system reform in Health policy rev., 27 (1994) 19 - 34.