

Conferencias

Medwave. Año X, No. 8, Agosto-Septiembre 2010. Open Access.

Políticas de salud en contextos de crisis en América Latina y El Caribe

Expositor: Ginés González García⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Presidente de la Asociación de Economía de la Salud para Latinoamérica y El Caribe; embajador de Argentina en Chile

doi: 10.5867/medwave.2010.08.4625

Ficha del Artículo

Citación: González G. Políticas de salud en contextos de crisis en América Latina y El Caribe. *Medwave* 2010 Ago-Sep;10(8). doi: 10.5867/medwave.2010.08.4625

Fecha de publicación: 1/8/2010

Origen: conferencia dictada en Congreso AES 2010

Resumen

Este texto completo es una transcripción editada y revisada de una conferencia que se dictó en el IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y El Caribe, realizado en Santiago entre los días 19 y 22 de enero de 2010. El congreso fue organizado por la Asociación de Economía de la salud (AES) de Chile y la AES de América Latina y el Caribe.

Introducción

Efectos de la crisis económica sobre la economía general

Producto del estallido de la crisis económica del 2008, una crisis del mercado y sus sistemas de regulación, se produjo un ajuste macroeconómico por parte de los países, lo que significó obviamente un ajuste estructural y en definitiva una disminución de los recursos.

En toda disminución de recursos se realizan ajustes fiscales, aunque no todos los países lo hicieron de igual forma. Algunos países tenían dinero acumulado de distintas maneras, como es el caso de Chile, y en general la discusión fue como no disminuir los presupuestos e intentar que salud fuera protegida y preservada. ¿Por qué? No sólo porque desde siempre, como sector salud, nuestra consigna haya sido "más salud para la economía, de tal manera que haya más recursos", sino esencialmente porque después del empleo no hay, en mi modo de ver, ningún otro reasignador de equidad tan oportuno, rápido y universal como la política de salud. Si se construye una política de salud fuerte, se obtienen de manera rápida resultados muy importantes, que cuidan no sólo la salud de las personas, sino también el bolsillo de los países, que es uno de los temas más críticos en este tipo de circunstancias.

Además de los recursos fiscales, también disminuyeron las inversiones y se perdió empleo, en algunos países de manera brutal. España perdió nueve puntos porcentuales de empleo, que sumados al desempleo previo elevó la

cifra de cesantes a los dos dígitos, situación que no le pasaba hace muchísimos años. En Estados Unidos el desempleo alcanza 8,5%, que para este país es una tragedia pues se trata de un mercado muy libertario, muy flexible, sin ningún resguardo desde el punto de vista laboral.

Esta pérdida de empleo tiene importantes consecuencias sobre los ingresos fiscales y sobre uno de los pilares sobre los cuales se asienta la salud de muchos de los países de nuestro continente que es la seguridad social. Lo triste es que por mucho que la economía reaccione rápido, que lo ha hecho por cierto, tanto el empleo, como la salud o el bienestar, demoran muchos años en volver a los niveles donde estaban.

Por otro lado, se ha generado inestabilidad política vinculada a la crisis financiera en algunos países como México, Tailandia, Argentina y la zona de Europa del Este. Esto tiene a su vez consecuencias como el aumento de la migración, que tiene un impacto directo en salud. Por último, tanto la gobernabilidad como la cohesión social disminuyen, básicamente porque la gente deja de creer en el futuro o deja de creer en el estado como representante de la sociedad.

Es claro que la crisis produjo un deterioro general en todos los países, ya que todos los determinantes sociales fueron impactados. En cuanto a salud, el círculo de enfermedad y pobreza es conocido; si hay algo que empobrece es la enfermedad, y si hay algo que enferma es la pobreza. En todas las economías de mercado, el

único activo que tienen los pobres es su físico, su capacidad de trabajar. Si una persona pierde la capacidad de trabajar porque está enfermo, no sólo se empobrece porque tiene que gastar en recuperar su salud, sino porque pierde su atributo para entrar al mercado. Cuando esto sucede, las políticas de empleo o educación no sirven para nada, porque simplemente la persona no puede trabajar.

En cuanto al precio de los servicios en salud, contando algunas excepciones y considerando correcciones inflacionarias, éste se mantuvo e incluso bajó un poco. Por el contrario, el precio de los bienes, principalmente medicamentos e insumos, aumentó de manera considerable. Por esto y debido a que cuando se deben realizar ajustes, estos se hacen principalmente en desmedro de los insumos. Esto generó en muchos lugares de la región una situación comparable a la de un gran cuerpo intacto que quedaba sin sangre para poder funcionar; es decir, estaba la infraestructura, el recurso humano pero no estaban los insumos.

Naturalmente esta crisis también tuvo efectos sobre la educación, que es una de los primeros aspectos que se deteriora después de la salud en un hogar con dificultades económicas. Este deterioro involucra desde la asistencia a los establecimientos educacionales hasta la aprehensión del conocimiento mismo. La variable pobreza y deserción escolar o no ingreso al sistema escolar tienen lamentablemente una asociación brutal.

Uno de los problemas centrales de América Latina es la desigualdad del ingreso. En la Figura 1, se observan los ingresos promedios tanto de América Latina, los países del Grupo de los Siete (G7) y de Estados Unidos, expresados en el Producto Interno Bruto per cápita (PIB p/c). Nuestro problema más grave, no es que los países G7 tengan un PIB per cápita de casi 40.000 dólares anuales, mientras nosotros no alcanzamos los 11.000, lo que sería una relación de cuatro a uno; el verdadero problema es que la diferencia entre el ingreso de los más ricos y los más pobres de nuestro continente es de 34 veces, mientras que en el G7 es de 12 veces. Esta menor diferencia de alguna manera "levanta el piso y achata el techo", pero sobretodo genera una equidad intrasociedad distinta de la que tiene América Latina.

Una de las razones por las cuales América Latina no creció como tenía que crecer, fue su inequidad previa. Ésta ha sido una verdadera enemiga del desarrollo económico. Un dato impresionante es que si América Latina hubiera tenido los patrones de equidad de África, un continente pobre pero más equitativo que el nuestro, hubiera tenido un mayor crecimiento económico. Este es un tema que todavía no podemos resolver y ojalá esta crisis sea una oportunidad para realizar un mejor trabajo en este ámbito.

La salud es importante para la economía por varios motivos (ver Tabla 1). En primer lugar, un pueblo sano es un pueblo que trabaja más y es más productivo.

Por otro lado, la gente que no se enferma tiene menos gastos y ahorra. En este sentido, cuando se distribuyen insumos, medicamentos gratis u otro bien, no sólo se le está dando al beneficiario un alivio a su bolsillo, sino que además se está favoreciendo la demanda agregada. En los sectores más pobres, la demanda agregada se traduce siempre en consumo. Por lo tanto, cuando se establecen políticas de este tipo se genera también, de manera indirecta, un incremento del movimiento económico.

El conocimiento enriquece a las naciones; sin embargo, demoramos muchos años en adquirir conocimiento y no tendremos mucha capacidad de aprender si no tenemos salud. Además, se trata de una enorme inversión, que muchas veces alcanza los 20-25 años en estudios. Si hay algo que hace la salud es extender y prolongar la vida útil de esta inversión. Dicho en términos económicos, se prolonga la utilización y el rendimiento del capital educativo.

Por último, la salud es un sector económico importante, lo que ha quedado en evidencia con esta última crisis económica. Muchos no saben, o no quieren saber, que el sector económico más grande del mundo es la salud, representando 9% de la economía mundial. El crecimiento del sector salud en los últimos 10 años es mayor al crecimiento promedio del resto de los sectores de la economía. Para explicar este crecimiento hay que recordar que uno de los principales problemas que tiene la economía moderna, es que cada vez necesita mayores inversiones y se hace más productiva, pero genera menos trabajo. Es decir, se necesita una enorme cantidad de inversión para un puesto de trabajo y el crecimiento de esa economía conlleva menos posibilidad de trabajo. Lo anterior no sucede en salud; este sector representa 9% del PIB mundial y 14% de la población económicamente activa. Esto también muestra como el sector salud puede ayudar (y ayudó en esta crisis) a la recuperación del crecimiento de la economía.

Un ejemplo de lo anterior es China, que para reactivar su economía recurrió al mercado interno, logrando de los 900 millones de personas que no tenían acceso al consumo, 100 millones de nuevos consumidores. Estos pudieron comprar refrigeradores y otros bienes producidos en China que no era posible vender en el mercado internacional, generando naturalmente bienestar pero por sobre todo una importante reactivación en respuesta a la caída de su comercio exterior. Asimismo en salud, China masificó un seguro de salud, simple y con muy pocas prestaciones, pero para 900 millones de personas. Esto fue hecho, entre otras razones, para tener un fenómeno de reactivación del mercado interno por distribución de dinero, favoreciendo el consumo y generando una mayor actividad económica.

Otro ejemplo es la reforma de salud impulsada por el presidente Obama en Estados Unidos. Obviamente la razón valórica y el emblema de dicha reforma son los millones de norteamericanos sin acceso a cobertura de salud; sin embargo, tanto la búsqueda de menores costos de transacción y de producción, como la gran inversión

que se planea realizar en dicha reforma, constituyen un esquema de reactivación de la economía norteamericana.

Si bien es importante invertir para lograr resultados en salud, el monto de esta inversión no es el único determinante para alcanzar las metas propuestas. En la Figura 2 se agrupan distintos países según su gasto total en salud (público y privado) y se relacionan con la esperanza de vida ajustada por salud (HALE en inglés), un indicador que combina tanto duración como calidad de vida. De esta manera, puede observarse como países con el mismo gasto en salud, tienen enormes diferencias en cuanto a sus resultados. Por otro lado, existen algunos países como Estados Unidos que, pese altísimos gastos en salud, no obtienen mejores resultados que otros con un menor gasto como Japón. Por lo tanto no importa sólo el monto del gasto, sino que también las condiciones preexistentes de cómo se distribuye en la sociedad la asignación económica, así como la eficiencia de dicho gasto y su priorización.

Otro ejemplo de lo anterior puede verse en Figura 3, donde se observa un grupo de países que lograron disminuir en al menos 80% las tasas de mortalidad infantil entre 1975 y 2006. Sin embargo, no todos tuvieron que gastar lo mismo para lograr esta meta; Omán invirtió 382 dólares per cápita en gastos de salud, mientras que Portugal debió gastar casi seis veces más para lograr la misma meta.

En primer lugar proteger a todos, pero especialmente a los más débiles, ya sea por pobreza, edad o por riesgo, intentando proteger no sólo la vida sino también las formas de vida. Se intentó mejorar los accesos a los servicios y a los bienes de salud, sobre todo en cuanto a los medicamentos, ya que no hay ningún otro territorio en salud donde la inequidad se muestre tan fuertemente. En todos los países de América Latina que poseen servicios públicos gratuitos (o moderados con alguna pequeña inhibición al consumo, como es el caso de los cosegueros), el acceso a dichos servicios puede que no sea el suficiente, pero nunca está inhibido por un pago directo. Sin embargo, esto no sucede con los medicamentos. En varios países de nuestra región, los medicamentos son la segunda o tercera causa por la cual los pobres deben incurrir en gastos, luego de la alimentación y artículos de aseo para el hogar o personales. De manera tal que cuando se instaura una política de medicamentos que implica mejorar el acceso para los más vulnerables, no sólo se está protegiendo la salud y dando una sensación de ser igual al otro, sino que además se genera una rápida repercusión en cuanto a protección económica.

Además se intentó mantener o incrementar el financiamiento público en salud, aunque lamentablemente en algunos países de la región, el financiamiento privado se incrementó, es decir, el gasto de bolsillo del usuario se incrementó, lo que apunta muchas veces a deficiencias en los mecanismos regulatorios.

Por otro lado, todos los países establecieron fuertemente sus prioridades, llámese AUGE, Programa Protegido, etc.

Aunque a algunos no les guste, la política se trata precisamente de establecer prioridades, de manera explícita, de cara a la gente y buscando mecanismos instrumentales que no sean sólo la empatía sino que contengan fundamentos que puedan ser exhibidos, siendo muy importante en esta área la economía de la salud.

Esta crisis también permitió recuperar y fortalecer el liderazgo del sector público en salud. Este como otros sectores sociales, estuvieron muy desvaluados durante la década del noventa, de gran predominio del mercado. Esta crisis generó una revalorización de lo público, no sólo porque el estado fue hacia la gente, sino porque cuando se cayó el sistema bancario, los grandes predicadores del mercado comenzaron a clamar por ayuda estatal. De manera tal que ésta es una oportunidad de recuperar y fortalecer el liderazgo de lo público y sobre todo el liderazgo de lo sectorial.

Toda la región buscó más y mejor atención primaria, quizás con menos ímpetu de lo que nos hubiera gustado, mirándola no como la atención de salud de los pobres sino que como mejor esquema para reorganizar los sistemas de salud.

Pese a lo que pudiera pensarse, acerca de la inversión en investigación en tiempos de crisis, ésta puede transformarse en un *plus*, siempre que sea dirigida a programas de investigación-acción, como los que propician las Asociaciones de Economía de la Salud. Esta investigación debe estar vinculada con la realidad, llevando a programas que mejoren la eficiencia o que asignen mejor para mejorar la equidad. Siempre es bueno cuando llegue el momento de tomar decisiones críticas con pocos recursos, como ocurre la mayoría de las veces, tener investigación que respalde y fundamente dicha decisión, más allá de que finalmente se trate de una decisión del político o del sistema político.

Desde siempre en el mundo, las crisis económicas habían llevado a reformas en salud. Esto sucedió en Argentina, Turquía, Méjico, etc. Esta vez no fue así, quizás porque esta vez la culpa no la tuvimos nosotros como país o región; esta vez la culpa vino de afuera, de los países centrales y dominantes. Por lo tanto, sus recetas financieras perdieron validez, generando una especie de aumento en la capacidad nacional para responder a la crisis. Esto en términos de economía sanitaria, significa tomar muchas más decisiones que tengan que ver con la microeconomía y no con la macroeconomía. La microeconomía tiene varios problemas, es más difícil y lenta, pero tiene una enorme ventaja; es siempre nacional, tal como son nuestros enfermos. Se recupera entonces soberanía, se recupera un activismo político que la macroeconomía no permite.

Una de las limitaciones de los países en esta crisis han sido los shocks repetidos, uno tras otro, como es el caso de Argentina. Ello genera un efecto acumulativo de los problemas y desparrama toda la organización previa alcanzada, lo que se suma a los problemas estructurales ya existentes. Por otro lado, el miedo producido por la

crisis ha causado un poco de inercia, conservando viejas políticas: no se realiza innovación y se prefiere seguir haciendo lo mismo pero un poco mejor. Obviamente estas limitaciones no fueron iguales para todos los países.

En primer lugar, la economía de la salud se convirtió en un instrumento para la política y gestión del sistema de salud, mejorando la calidad en la toma de decisiones. Como ya se mencionó, gobernar es establecer prioridades, y si se establecen de mejor forma, los beneficios son evidentes.

Esta disciplina además busca el logro de la eficiencia social como un mecanismo para alcanzar la equidad, mejora la asignación y distribución de recursos, brinda herramientas para fortalecer las políticas públicas activas. Por último, siempre es necesaria, pero aun más en tiempos de crisis.

Es importante crear liderazgos, profesionales, sociales y políticos, ya que es muy difícil cambiar estas crisis con números. Las crisis suelen llevarse también los liderazgos; pero en la medida que se logra convencer con argumentos técnicos al resto, sobre qué hacer en estos periodos,

también es posible durante las crisis construir liderazgos mejores y de forma más rápida.

La economía de la salud tiene un gran futuro, ya que cualquiera sea la suerte de nuestro mundo, se vislumbran algunos desafíos centrales: la disminución de la inequidad y de la pobreza. También se observa que las políticas activas de salud tienen consecuencias muy directas, no solo mitigando el daño, sino generando mucha más equidad en las sociedades que es el drama de la gobernabilidad moderna. La democracia hoy no tiene enemigos, pero tiene descrédito al interior de ella. Esto es complicado, porque cuando la gente deja de creer, deja de ser solidaria, deja de pagar impuestos o deja de comprometerse con el futuro, deja de tener una idea común de sociedad. Y en ese sentido entonces, recuperar la equidad, distribuir salud, mejorar la asignación de los recursos, de manera tal que haya más y mejor salud, son elementos centrales de los desafíos contemporáneos de todas las sociedades.

Bibliografía

1. WHO. World health report Primary health care: now more than ever. Tech. rep. 2008.

Figuras

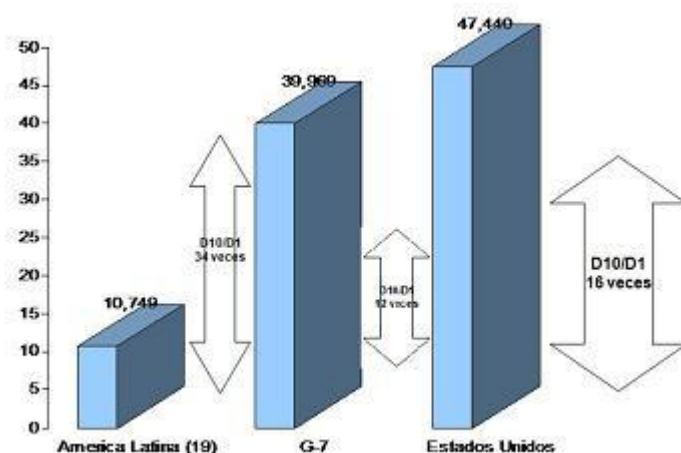


Figura 1. PIB per cápita y distribución del ingreso en países de América Latina y países desarrollados, durante el año 2008, según datos de la CEPAL.

1. porque un pueblo sano es un pueblo que trabaja más y es más productivo.
2. porque la gente que no se enferma, gasta menos
3. porque si bien el conocimiento es la riqueza de las naciones, no existe capacidad de aprendizaje si no se tiene salud.
4. porque existe un espiral descendente entre salud y pobreza, donde el pobre que se enferma profundiza su estado de pobreza y en consecuencia empeora su salud.
5. porque extiende la inversión en educación, valorizando su rendimiento
6. Por que es un sector económico importantísimo con gran valoración ética, amplia capacidad redistributiva, gran generación de empleo y movilización económica inmediata. (China, EEUU)

Tabla1. Importancia del sector salud para la economía.



Figura 2. Mayores gastos en salud se asocian a mejores resultados, pero con grandes diferencias entre los países.

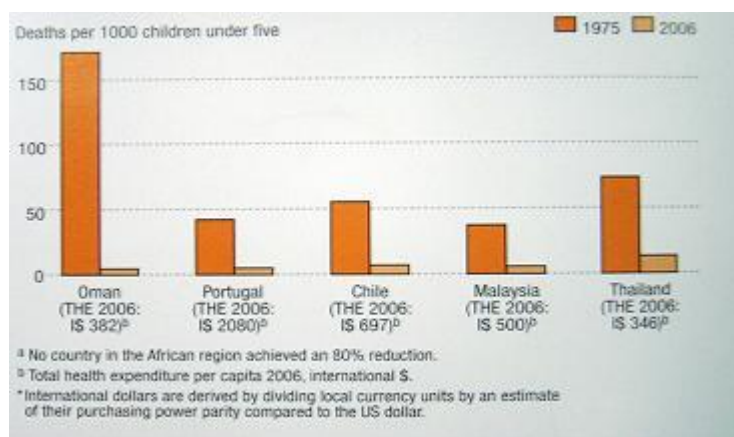


Figura 3. Algunos de los países que han logrado mejores resultados de reducción ~ 80% de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, por regiones, 1975 y 2006.



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.