

## **REUNIONES DE COOPERACION ALAESP/ASPH/OPS**

### **Taller sobre Economía y Financiamiento de Salud. Informe Final**

Encuentro llevado a cabo en Buenos Aires, Argentina,  
del 20 al 24 de julio de 1987.

**Roberto Tafani \***  
**Henri E. Jouval \*\***  
**Mario E. Boyer \*\***  
**Carlos A. Vidal \*\***

\* Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social.

\*\*OPS/OMS.

**Primera edición, 1988**

**Organización Panamericana de la Salud, 1989**

**Organización Mundial de la Salud, 1989**

**Las opiniones expresadas en este trabajo son de la exclusiva responsabilidad de los autores. Se autoriza la reproducción y traducción siempre y cuando se cite la fuente.**

## INDICE

	<b>Página</b>
I. Introducción	7
II. Resumen de los trabajos y presentaciones	8
III. Heterogeneidad de las exposiciones y búsqueda de integración	12
1. Macroeconomía política	13
2. El sector salud propiamente dicho	16
IV. La complementariedad necesaria	17
V. Las líneas de cooperación	19
VI. Conclusiones y recomendaciones	21



## I. INTRODUCCION

La creciente complejidad de los problemas que se presentan en el campo de la salud pone de manifiesto la necesidad de redefinir el perfil del sector. Para eso, es imprescindible la capacitación de profesionales familiarizados con el análisis, la interpretación, creación y aplicación de conocimientos que les permitan responder en forma adecuada a las nuevas situaciones planteadas por el proceso de desarrollo.

Con tales propósitos, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Asociación Latinoamericana del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESPC), y la Asociación de Escuelas de Salud Pública (ASPH) están promoviendo, en una primera etapa, la profundización del debate alrededor de seis capítulos temáticos considerados prioritarios, a través de reuniones que se están realizando en el corriente año en distintas escuelas de Salud Pública de América Latina.

El objetivo final de estos encuentros es delinear las bases de un proceso de cooperación interinstitucional que habrá de implementarse en el transcurso de 1988.

Además de estimular el fortalecimiento y desarrollo de las instituciones involucradas, el proceso de cooperación busca sobre todo movilizar y administrar el conocimiento disponible en el sentido de la capacitación del nuevo estilo de profesional que se requiere.

La reunión de la cual se ocupa este trabajo fue la tercera de la serie propuesta, y se realizó entre el 20 y el 24 de julio de 1987 en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

El eje del encuentro fue la profundización del capítulo Economía y financiamiento de la salud. Las reuniones anteriores, realizadas en la Ciudad de México y en Caracas, trataron los temas Análisis de políticas públicas en el contexto de salud y Desarrollo e información en salud y epidemiología, respectivamente.

En futuros encuentros se analizarán los siguientes temas: Recursos humanos en salud (Río de Janeiro, Brasil), El proceso tecnológico en salud (Medellín, Colombia), y Sistemas de servicios de salud (San Juan, Puerto Rico).

En la inauguración tomaron parte el Coordinador del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, el Representante de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, y los Representantes de la Asociación Latinoamericana del Caribe de Educación en Salud Pública y de la Asociación de Escuelas de Salud Pública, quienes dieron la bienvenida a los participantes y explicaron los motivos de la reunión.

## II. RESUMEN DE LOS TRABAJOS Y PRESENTACIONES

En esta sección nos limitaremos a presentar una descripción sucinta de los días de debate, que muestra la problemática enfrentada por el grupo interdisciplinario que abordó un tema de compleja articulación entre sus dos componentes principales: la ciencia económica y la ciencia de la salud. La reunión fue convocada sobre la base de dos documentos de trabajo a los cuales luego se agregaron varios otros que enfocan temáticas diversas.

Uno de los documentos de la reunión, "Organización y comportamiento de los mercados prestadores: una propuesta metodológica para el estudio del funcionamiento del sector salud", presentado por el Dr. Jorge Katz,\* encaró desde una perspectiva dinámica el problema de las estructuras de mercado en el área de la economía de la salud y su interacción. La discusión mostró el carácter distributivo que tiene la relación entre los mercados a partir de estructuras en sí mismas contradictorias, en las cuales el excedente de oferta convive con la escasez *vis à vis* la desigualdad social. En alguna medida, el trabajo promueve la reflexión sobre una especie de tendencia *sui generis* a la "sobreproducción" de personal, fármacos y establecimientos de internación en un escenario donde se verifican importantes demandas insatisfechas.

El enfoque, al destacar las desproporciones cualitativas mencionadas, deja sentadas las bases para la comprensión de la organización y movimiento sociopolítico de los grupos que conviven en una permanente competencia entre sí. De esta manera, desde la economía, se abre el campo para la investigación social y política de la puja distributiva entre los mercados de la salud, al tiempo que quedan visibles algunos trazos estructurales que deben ser tenidos en cuenta en el momento de formular políticas de salud si se quiere evitar que éstas sean neutralizadas por procesos que operan más allá de la intervención y poderes del Estado.

A continuación expuso sus comentarios el Dr. César Vieira, Coordinador del Programa de Desarrollo de Políticas de Salud OPS/OMS, sobre el documento "Apoyo económico a las estrategias nacionales de salud para todos - Discusiones técnicas de la OMS, mayo, 1987". La exposición mostró desde diversos ángulos la relevancia del estudio de la economía de la salud en forma profesional, a partir del reconocimiento que los especialistas de la salud deben otorgar a los economistas y del esfuerzo que estos últimos deben hacer a fin de comprender las particularidades de un sec-

---

\*Trabajo publicado por la Organización Panamericana de la Salud, Representación de Argentina, 1988.

tor para el cual las consideraciones sociales ajenas a los principios de la rentabilidad económica tienen un peso fundamental.

El Dr. Vieira señaló que la crisis económica de la década de 1980, al acentuar la escasez de los recursos, ha potenciado el interés por la economía de la salud y los problemas inherentes al financiamiento. En ese sentido, el documento de la Organización Mundial de la Salud, si bien conserva su vocación igualitaria, hace un llamado a la realidad al reconocer que la meta de salud para todos corre el riesgo de no ser alcanzada por muchos países y por muchas personas dentro de las distintas naciones.

De esta manera, queda abierta una agenda amplia que fija un marco orientador de las discusiones, que permite interpretar críticamente, a la luz de lo que ocurre en cada país, los objetivos generales del programa de salud global, y que recomienda impulsar la investigación y capacitar personas para atacar la situación en sus propias fuentes.

La presentación siguiente estuvo a cargo del Dr. Norberto Baranchuk, Director de la Escuela de Salud Pública de Buenos Aires, quien argumentó que la economía y el financiamiento de la salud deben responder a las particularidades de los diferentes países, que tienen niveles diferenciados de evolución. Para las naciones latinoamericanas el problema es doble ya que, por un lado, deben enfrentar un sistema de succión del excedente económico que es transferido al exterior y, por el otro, delinear una estrategia dentro de las opciones que presenta la estructura del mundo actual.

La inversión de recursos de investigación en ciencias básicas y la formación de una infraestructura física y humana de elevado nivel es central para el desarrollo del país. En ese sentido, hay que puntualizar cuántos expertos en economía y financiamiento requiere el país, cuál es el grado de penetración del tema en el currículum de las carreras relacionadas con la salud pública, qué habilidades se deberán adquirir para alcanzar eficiencia en el proceso enseñanza-aprendizaje, y cuánto tiempo debe ser destinado al estudio de la economía.

A continuación, el Dr. Freddy Velandia, de la Universidad Javeriana de Colombia, describió los aspectos generales de la estructura y organización del sistema de salud en su país. Hizo referencia al nivel del gasto, a los problemas fiscales del Estado, la subutilización de recursos, el aumento del pago privado, la dirección de las políticas gubernamentales y la falta de integración institucional entre los sectores de salud y economía. Finalmente, señaló la necesidad de orientar al egresado hacia la utilización eficiente de los recursos disponibles, lo que implica la familiarización con los conceptos de escasez y la toma de decisiones de asignación en niveles diferenciados de complejidad que permitan, junto con el estudio de la teoría macroeconómica y de los planes políticos del gobierno, alcanzar un resultado consistente, tanto en términos políticos como de administración financiera dentro del sistema.

El Profesor Fernando Rezende Da Silva, de la Universidad Federal de Río de Janeiro, abordó el problema de las restricciones financieras, su relación con los aspectos generales de las políticas sociales y los obstáculos a la implementación de medidas de reforma. El trabajo señala la necesidad de contemplar la razón existente entre el costo de capital y el costo de operación para efectuar inversiones de naturaleza diversa. Al igual que en el caso de las inversiones en infraestructura social, esta razón es elevada; esto es, la puesta en funcionamiento y el mantenimiento de los establecimientos resultan rápidamente más onerosos que la inversión inicial. En un contexto de restricción de los ingresos presupuestarios, la política social encuentra eventualmente límites concretos de financiamiento. En tales situaciones, la historia del caso brasileño muestra que puede sobrevenir un período de restricción y corte en el gasto público, la privatización de la atención de salud y el agravamiento de la concentración de recursos, mientras no se resuelva el problema de la equidad social. El financiamiento y la necesidad se mueven en sentido inverso. El expositor rescató de esa forma el sector salud a partir de la integración de los problemas de financiamiento nacional y los espacios generados por ellos para la política social.

La presentación del Profesor Leon Wyszewianski, de la Escuela de Salud Pública de Michigan, se refirió a la descripción del curso de Maestría en Salud Pública y de Maestría en Administración de Salud de su Universidad. El curso de Maestría de Administración de Salud comprende un programa para los que aspiran a ocupar posiciones en la administración o en los entes involucrados en el financiamiento del sector. El origen de los estudiantes es variado, observándose la presencia de graduados de diversas áreas del conocimiento. El entrenamiento dura dos años y el núcleo del curso comprende áreas del conocimiento tales como: organización y financiamiento de la atención médica, bioestadística, gobierno y organización comunitaria, conducta organizacional, economía de salud (que incluye microeconomía), análisis financiero, administración contable y financiamiento de corporaciones. En el área de organización y financiamiento de la atención médica el curso discute problemas varios: origen y destino del gasto, causas del incremento del mismo, costos, explicaciones de diversas teorías, financiamiento de los servicios, aplicación de los principios del seguro a la salud, beneficios de la asistencia médica, cantidad y calidad de los servicios y su relación con las formas de pago. El área de microeconomía analiza la teoría en el nivel intermedio, y cubre temas como la demanda y la imperfección de los mercados. Este curso es la base para avanzar hacia la discusión de la economía de la salud que se refiere a la producción de la salud, los mercados prestadores y la regulación *vis à vis* la competencia entre otros. El área de administración contable exige conocimientos previos para abordar la materia, así como elementos de contabilidad, y está dirigida a proveer nociones de contabilidad en el sistema de salud, elaboración de presupuestos y to-

ma de decisiones. El área de análisis de financiamiento de corporaciones incluye las técnicas de costo-beneficio así como la aplicación de capital en el sector salud.

Por último, el curso considera también aspectos políticos, ideológicos y generales del sistema. En los tramos iniciales se discuten los valores sociales, las relaciones entre la forma de visualizar la salud y la organización del sistema, y los resultados diferentes de la planificación en función de distintos objetivos (satisfacción de las necesidades o de la demanda). En general, este encuadramiento de lo económico dentro de un escenario más amplio no solamente permite brindar conceptos de base sino también facilitar que la forma de pensar económica se transfiera a otros cursos.

La exposición del Profesor Gordon MacLoud, de la Universidad de Pittsburgh, se refirió a los programas del curso de administración de la salud de su Universidad, y su posterior cambio por un programa interes-cuelas, en administración de la salud, ofrecidos en cooperación por las Escuelas de Empresas y de Salud Pública. De acuerdo con el expositor, el programa de la Maestría en Administración de Salud está destinado a transferir capacidades, valores y conceptos para alcanzar posiciones de jerarquía en la administración de salud. Las capacidades incluyen la solución de problemas, el mejoramiento organizacional, y el uso efectivo de relaciones interpersonales. Los valores personales, sociales y éticos son desarrollados para guiar las elecciones de los administradores. Los conceptos adquiridos les permiten la comprensión de los procesos básicos de desarrollo y adjudicación de recursos en las instituciones del sector público y privado, así como el entendimiento de los procesos de formulación de políticas relevantes para el sector salud. El programa enlaza cursos de las Escuelas de Salud Pública y de las Escuelas de Empresas en proporciones semejantes. Cada estudiante debe realizar su trabajo en cuatro áreas funcionales: administración financiera, administración de recursos humanos, administración de marketing y administración de operaciones durante el curso del programa de dos años que también incluye una residencia de cuatro meses de duración.

El Profesor Roberto Seidman, de la Universidad de San Diego, completó el abordaje descriptivo de los programas académicos en el área de salud, destacando que esta estructura del currículum corresponde a un modelo típico de los Estados Unidos donde la carga académica en el área de las Ciencias Económicas se mantiene aproximadamente en un 25 a 30% del programa total. El expositor hizo una introducción para afirmar que los recursos siempre son escasos para alcanzar objetivos importantes en salud y que a menudo son usados en forma ineficiente. Dado el interés por mejorar su utilización, y en vista del alto porcentaje del PNB de Estados Unidos afectado y de la creciente complejidad de la organización del sector salud, la pregunta relevante que enfrentan los programas de las escuelas de salud pública se refiere no tanto a si se debe enseñar análi-

sis económico y financiero a los estudiantes, sino hasta qué nivel de complejidad se deben impartir los mencionados conocimientos. Tal vez el nivel de instrucción pudiera ser guiado por la comparación entre los beneficios percibidos al agregar material económico *vis à vis* los costos resultantes de suprimir otras materias a las que aquél reemplaza. En la actualidad existe una gran variación -tanto en extensión como en profundidad- de la instrucción económica incorporada a los programas de salud pública norteamericanos. Si bien parece deseable utilizar el asesoramiento de economistas que tengan conocimiento de las características inusuales, tanto institucionales como económicas, del sector salud, es también muy importante dar alguna instrucción económica a los profesionales en salud pública, puesto que ellos sabrán entonces cuándo y cómo preguntar a los economistas, estarán capacitados para entender las respuestas y podrán desarrollar investigaciones conjuntas con los mismos profesionales del área económica. Más allá de las estructuras productivas específicas de cada país (capitalismo, socialismo, economía mixta), aquellos que deben formular las políticas de salud enfrentan el problema de utilizar recursos del modo más eficiente posible. En ese sentido, existen algunos principios y herramientas básicas que pueden colaborar con el alcance de ese objetivo (por ejemplo, costo de oportunidad, ingreso y costo marginal, oferta y demanda, análisis costo-beneficio y análisis costo-eficiencia).

### III. HETEROGENEIDAD DE LAS EXPOSICIONES Y BUSQUEDA DE INTEGRACION

De esta breve referencia a las ocho exposiciones presentadas se desprende la heterogeneidad de los temas abordados. Para recapitular, estos temas son:

- a. las estructuras de mercado y su interrelación;
- b. el carácter orientador y realista del documento en apoyo al programa de salud para todos;
- c. las perspectivas de desarrollo y el papel de la investigación en América Latina;
- d. los aspectos salientes del sistema colombiano de salud;
- e. las restricciones financieras y las políticas sociales, y
- f. g. h. descripción de programas académicos norteamericanos.

Hacia el final de las exposiciones quedó claramente establecido que el grupo debía iniciar la tentativa de integrar la valiosa información brindada por los expositores y comentaristas a partir de una situación de heterogeneidad conceptual, teniendo en cuenta la necesidad final de

establecer pautas de cooperación en términos de infraestructura, docencia e investigación.

Inicialmente se adoptó la metodología de elaborar una matriz donde se destacaron los principales temas y se indicó su importancia relativa *vis à vis* las actividades mencionadas en el párrafo anterior. Se observó que el espectro de temas aparecía en forma desordenada y que en principio podría organizarse sobre la base de dos parámetros principales: por un lado, la distinción a partir del nivel de análisis, sea éste micro o macroeconómico y, por el otro, la integración temática posible.

Hacia el final del tercer día de deliberaciones, fue quedando en claro que las tareas académicas debían centrarse en la actividad de investigación en cada uno de los respectivos países, y que la docencia debería ir adherida a las actividades de investigación generadoras del conocimiento o, alternativamente, ser en sí misma una docencia practicada sobre la base de la resolución de los problemas.

Las características de las pautas que surgieron de la evolución de ideas generadas por el propio grupo son las que a continuación se enumeran:

- a. necesidad de ordenar los temas convocantes para la actividad futura;
- b. relativización de su valor, a la luz de la necesidad de reelaborar, ampliar y corregir los temas mencionados conforme con las realidades propias de cada país, y
- c. elaboración de un esquema conceptual que permita integrar los distintos presupuestos y valores que subyacen detrás de las diferentes áreas del conocimiento.

El cuarto día fue de avance en dirección a la síntesis, el ordenamiento y la apertura hacia nuevas áreas. Se presentó un modelo de aproximaciones sucesivas que destacaba los siguientes campos de intercambio futuro:

### *1. Macroeconomía política*

Se propuso una perspectiva amplia que tuviera en cuenta el proceso de desarrollo y la teoría política; de esta forma se pueden analizar el rol del Estado, los conflictos distributivos y las experiencias conocidas en América Latina. Se citaron a modo de ejemplo los siguientes temas:

- a) Relación entre las políticas sociales y la dinámica económica y demográfica:

El proceso productivo y la salud. La relación dinámica entre la situación social y de salud y la evolución del mercado de trabajo. Empleo, concentración del ingreso y mortalidad infantil. Marginalización y demandas de políticas sociales. Relación entre dinámica demográfica y mercado de trabajo. Cambio de la estructura de edad de la población y movimiento de las políticas sociales. Flujo migratorio interno, prioridades del gobierno y estrategias de descentralización de servicios y prestaciones. El mercado laboral y la seguridad social. Ciclo económico, niveles de empleo y alteración de los niveles de financiamiento. Impacto de las políticas de empleo, industrialización e ingresos sobre salud.

b) Relación entre políticas sociales, salud y finanzas públicas:

Deuda externa, proceso de ajuste y repercusión sobre el gasto y la distribución de servicios sociales. Impacto social de las políticas de ajuste recesivas. Otras alternativas de ajuste. Desmantelamiento del sector público, reforma del Estado y la reducción presupuestaria para las políticas sociales. Variaciones en las fuentes de financiación. Financiamiento internacional y análisis económico de proyectos. Evolución de diferentes padrones de financiamiento y sus consecuencias sobre las políticas sociales. Impacto sobre la cobertura. Expansión de mecanismos alternativos de financiamiento, ahorro compulsivo y transferencias de recursos del Estado a empresas estatales. Dificultades crecientes para implementar políticas sociales. Relaciones institucionales entre el Estado y el sistema de seguridad social. Proyectos para su articulación. Relación entre sindicatos y seguridad social, y seguridad social y Estado. Dinámica de esas relaciones y su impacto en la atención de la salud. Alteraciones en el padrón de financiamiento y su impacto redistributivo. Identificación de beneficiarios de los cambios en las fuentes de recursos. Carácter regresivo del sistema tributario, políticas sociales y compensación de las desigualdades. Dirección de los cambios en las políticas sociales en Latinoamérica a la luz del carácter regresivo de los sistemas tributarios. La teoría de la crisis del Estado de bienestar y la evasión y regresividad tributaria. Restricciones financieras y su efecto sobre la accesibilidad y equidad en el sistema de salud. La privatización del sistema de salud y su impacto sobre la equidad, cobertura, costo y calidad de la atención. La aparición del capital financiero y su impacto sobre la morfología y organización del sistema de salud. Papel del capital financiero dentro del mercado y delineamiento de políticas de salud. Capital financiero, seguros médicos y compañías de

pre pago y direccionalidad de los servicios. Impacto del capital financiero sobre los mecanismos de concentración y movilización de los recursos.

c) Estado, economía y salud:

La evolución del sector público para la atención de la salud. Las obras sociales y el acceso de la población a la medicina privada. Atraso del sector público e incapacidad de acompañar la demanda de servicios. El Estado y la economía. La lógica de la rentabilidad y la privatización de los servicios. La atención no rentable y la concentración de sus servicios en el Estado. El Estado residual y la propagación de la medicina lucrativa. Estado, obras sociales deficitarias y subsidios. Tecnología de alta complejidad y privatización de la atención médica. La política económica y su impacto social. Cambios de políticas y su impacto en la salud. El rol de los profesionales de salud para analizar y responder el enfoque de los ministerios de Economía. Las políticas sociales, el papel cambiante del Estado y la sociedad civil. El proceso de decisión en el Estado. La relación incierta entre la racionalidad de las decisiones y la formación técnica de los agentes en salud. Las decisiones basadas en consideraciones de orden político. Los discursos y decisiones divergentes y paralelos. Los factores de poder exteriores al sistema de salud y su influencia sobre el mismo. La neutralización de la racionalidad económica por parte de los factores de poder. Experiencias y fracasos latinoamericanos de los análisis de costos y uso de la función de producción en el sistema de salud. La necesidad de planificación estratégica. Experiencias de políticas inconvenientes ante la falta de planificación. La transición democrática y las políticas sociales de apoyo. El sistema de salud y el poder. La opinión de los sectores de bajos ingresos. Necesidad de introducir mecanismos de control en el manejo del sistema de salud. La inversión de la solidaridad ante la falta de participación y control del sistema por parte de la población. Los aspectos ideológicos del sistema salud-enfermedad. La importancia y posibilidad de cambios de comportamientos para la adquisición de un mejor nivel de salud. La clarificación de las políticas y los cambios de actitudes. El traslado de la atención de la salud del hospital a la periferia. Los niveles de capacidad operativa del sector salud y el rol de la infraestructura administrativa en el bloqueo de las políticas. Las políticas sociales y la necesidad de una visión globalizadora. La identificación de las relaciones entre los sectores; su interdependencia. La utilidad del análisis en-

tre los sectores; su interdependencia. La utilidad del análisis costo-beneficio para uso intrasectorial y su posible utilización para la desigual adjudicación intersectorial de recursos. Asepsia técnica del análisis económico y direccionalidad política de las decisiones. La eficiencia microeconómica del análisis costo-beneficio y la "regresividad" social de las políticas macroeconómicas aplicadas en consecuencia. La concepción alternativa del costo-beneficio a partir de la mejor utilización de los recursos derivada de la política social global. La planificación integrada y la neutralización relativa del desperdicio de recursos. La crisis en salud. La perspectiva de las estructuras de mercados y la comprensión de la puja distributiva. La organización política de los actores y el impacto de su acción sobre las estructuras de mercado. La asincronía entre acumulación y distribución en los países en vías de desarrollo. La negociación permanente en la sociedad conflictiva y el sistema de salud. El comportamiento de los mercados y los espacios para ejecutar políticas de salud.

## *2. El sector salud propiamente dicho*

Se analizaron los temas que siguen:

Contradicciones entre exceso y escasez de oferta de los mercados prestadores. Magnitud y situación social y de salud de los sectores no cubiertos. Creciente presión de la oferta excedente de factores sobre el funcionamiento de los mercados y sus previsibles consecuencias. La sobreprestación como mecanismo de comportamiento. La organización social de la medicina lucrativa y las formas de inserción de las nuevas camadas de médicos al mercado de trabajo. La especialización, el sobreequipamiento, los mecanismos de diferenciación de productos y la erosión de los principios de libre elección. La aparición de formas diferenciales de pago, su impacto sobre la cantidad y calidad de los servicios. Los contratos cerrados. Las carteras fijas, los contratos per cápita, las vías posibles de acción reguladora para mejorar la organización social de la medicina. La productividad de los factores. La normatización de los servicios (formularios terapéuticos, genéricos, etc.). Posibles vías de acción comunitaria. Su contribución al mejoramiento de la información y valoración social de la salud, la participación comunitaria y las diversas formas de aplicación de la estrategia de la atención primaria. El papel de los medicamentos en la prestación de los servicios de salud. El peso relativo de los mismos en el gasto global. El significado de las diferencias. Ladistinta organización industrial del sector y las problemáticas futuras. La innovación y la regulación estatal. Posibilidades de los países latinoamericanos en la producción local de materias primas farmacéu-

ticas. La investigación y desarrollo en campos de efectos adversos, farmacología clínica, biología nuclear y biodisponibilidad. Exportaciones de materias primas farmacéuticas. El papel de los genéricos, su impacto sobre el gasto global. La rentabilidad empresarial y la educación de los médicos. Investigaciones biomédicas. Efectos adversos.

#### IV. LA COMPLEMENTARIEDAD NECESARIA

A esta altura del debate, quedó claro que una de las dificultades que encuentra la incorporación del análisis económico al sector salud, radica en el aparente conflicto que existe entre dos tipificaciones ideales (que no necesariamente describen la heterogeneidad de posiciones que registra el mundo real): por un lado, el enfoque que pone el acento en la rentabilidad como motivación central en el desarrollo y prestación de los servicios y, por el otro, la perspectiva alternativa que define la salud como un derecho de toda la población con independencia de su caracterización cuantitativa a lo largo de la razón costo-beneficio. Estas dos formas de ver el problema (salud mercancía-salud derecho), en alguna medida reflejan la complejidad de la misma realidad, en la cual conviven tendencias imbuidas en distintas filosofías. El proceso de incorporación de la medicina lucrativa por una parte y el carácter redistribuidor del Estado por la otra, son fenómenos que existen más allá de la simple voluntad de los actores que intervienen en el proceso salud-enfermedad. Es precisamente esta dificultad de entender la naturaleza del vínculo que existe entre salud y economía, lo que ha llevado o bien a manifestaciones idealistas sobre el comportamiento del sector salud, o bien a pretender introducir complejos análisis de costo-beneficio en sectores donde el proceso de decisión pasa por otras consideraciones al margen de la rentabilidad de los recursos, con el consiguiente fracaso en la generalización del uso de las técnicas económicas.

Por consiguiente, un análisis realista no puede dejar de reconocer las diferencias estructurales que existen entre el sector público y el privado, y debe atacar los problemas de universalidad de la cobertura, la equidad en la atención médica y los programas de salud para todos a partir del reconocimiento de la interacción dinámica de estos dos sectores (público y privado) que operan sobre un mismo problema a partir de premisas diferentes.

Lo importante entonces es que esta compleja convivencia de realidades y perspectivas no impida percibir la distinción entre lo que realmente ocurre en el sector salud, y lo que sería deseable que sucediera. En realidad, para instrumentar políticas encaminadas a la consecución de logros definidos como deseables, el primer paso debe ser comprender la rea-

lidad para delinear luego cómo ir desde donde estamos hacia donde quisiéramos estar. En otras palabras, no es preciso renunciar al postulado básico de que la salud es un derecho y no una mercancía, o que el logro de la salud para todos no es negociable, para reconocer simultáneamente que el análisis económico es potente, y que puede ser utilizado para describir, analizar y en algunos casos predecir el comportamiento de los agentes prestadores, en particular a medida que la medicina pública se ve progresivamente obligada a convivir con segmentos importantes de la medicina lucrativa. Además, en nuestras realidades económicas los problemas de extensión de cobertura y búsqueda de equidad deben tener una base analítica que evalúe en forma realista las posibilidades de su efectiva ejecución.

Una vez aceptada la necesidad de integración entre dos perspectivas de difícil convivencia, parece importante señalar que el futuro desarrollo de la investigación y la acción debe ser ante todo flexible, tratando de buscar la construcción de un nexo entre economía y salud. Para que ello ocurra, habrá que distinguir entre distintos niveles de análisis. Ciertas categorías y problemas como la equidad y la cobertura se podrán atacar si se utiliza un enfoque macroeconómico; otros, como las cuestiones de eficiencia, serán mejor analizados desde una perspectiva microeconómica. Más aún, dependiendo de la naturaleza de los problemas analizados, podrá predominar una perspectiva de corto o de largo plazo.

En última instancia, es preciso destacar que cada línea de análisis, cada hecho que convoque a la labor de investigación deben ser elaborados a partir de los problemas concretos de cada realidad nacional. El hecho de que el sector salud encuentre límites a su evolución en la economía y que la economía deba entenderse en función de las metas del sector salud, es apenas un referente general que tendrá que ser analizado y aproximado a los problemas concretos que se manifiesten en un espacio y en un tiempo histórico determinados.

Establecida así la compleja caracterización de la relación economía y salud, y reconocida la naturaleza tentativa y abierta de los temas integradores, la discusión se orientó hacia las limitaciones que presenta la perspectiva económica para entender el sector salud.

En realidad, a partir del reconocimiento de la potencia del instrumental económico, de la necesidad de no hacer extrapolaciones mecánicas del mismo a realidades distintas, y de las particularidades que el análisis económico presenta en los diversos países, se establecieron algunos límites necesarios para no precisar la naturaleza del sector salud y determinar la profunda carga valorativa que lleva implícita una política de equidad social necesaria, en particular en países que tienen grandes diferencias en la distribución del ingreso.

La idea que parece haber predominado es que, en primer lugar, al efectuar un análisis económico financiero del sector salud, conviene tener presente que se trata de un sector social con responsabilidades inde-

legables, y que ellas constituyen su principal razón de ser. A partir de esta premisa, se desprende la necesidad de visualizar variables que expongan el grado de cumplimiento de la responsabilidad social asumida dentro del sistema por parte de cada institución prestadora de servicios.

En segundo lugar, queda dada la utilidad de los conceptos de escasez de los recursos, restricciones financieras y necesidad de eficiencia (la búsqueda de la racionalidad); que es útil sin embargo, deben ser complementados con una visión social más abarcadora.

Es preciso preguntarse en qué medida el análisis costo-beneficio, para la evaluación intrasectorial, puede ser en realidad administrado en nombre de la asepsia técnica para justificar la canalización de recursos hacia otras áreas de la producción. La presencia de gastos en otras áreas del Estado puede ser de menor significación en términos de equidad, presentar problemas valorativos para su cálculo cuantitativo a la luz del análisis costo-beneficio y, no obstante, presentar una dinámica diferente al gasto en salud, o sufrir comparativamente menos el impacto de las restricciones financieras. Todo ello plantea, en definitiva, el problema del Estado, de los grupos de poder, de la toma de decisiones, los mecanismos cualitativos de asignación de prioridades y la necesidad de integrar el análisis económico a la visión sociopolítica comprometida con la construcción de una sociedad más humana y más justa.

## V. LAS LINEAS DE COOPERACION

El grupo analizó en primer término las experiencias de las dos reuniones anteriores y sugirió apoyar las conclusiones generales de las mismas en tanto fueran pertinentes y relevantes al capítulo de economía y financiamiento de la salud. Se hizo notar el caso de México, donde existe un convenio con tres escuelas norteamericanas que permite un intercambio fluido de asistencia. México ofrece campos de investigación que son de interés de los profesionales y un espacio académico apto para llevar adelante trabajos durante los años sabáticos de los mismos.

En términos de investigación, hubo propuestas concretas. Ante una realidad donde los recursos son escasos, es preciso fijar prioridades y jerarquías para el financiamiento de los trabajos. Para avanzar en esa dirección es necesario poseer un conocimiento adecuado acerca de lo que se ha hecho hasta el presente en el campo de la economía de la salud.

Sería deseable, en consecuencia, que en el futuro se efectuara un estudio sobre el material disponible, su complementación posible y las brechas existentes. De esta forma se establecerían claramente los nexos entre los trabajos realizados, así como las lagunas, y se delimitarían los futuros campos a explorar para generar conocimiento, al que no es po-

sible acceder en el estado actual de la disciplina. En suma, "no sabemos lo que sabemos", y ese problema podría ser un hecho aglutinador de los esfuerzos concretos de cooperación técnica entre los países.

Para la estructuración de otros temas de trabajo conjunto se propuso como punto de partida las realidades de las escuelas de salud pública de los respectivos países. Cada unidad académica definirá cuáles son los puntos fuertes sobre los que puede ofrecer colaboración y cuáles las áreas en las que precisa obtener cooperación técnica. Así, se puede llegar a establecer una especie de división del trabajo entre escuelas para maximizar el beneficio de las ventajas comparativas que cada una de ellas exhibe en la actualidad. La idea es que las escuelas se constituyan en centros de excelencia para actuar en forma coordinada y complementaria, evitándose así la duplicación de esfuerzos.

Se propuso también la realización de proyectos conjuntos de investigación a partir de metodologías comunes. De tal suerte, los estudios realizados en varios países con términos teóricos y operacionales convenientes permitirán establecer una base más apropiada para la comparación de problemas comunes que afectan a sociedades diversas.

En el área de la docencia, se sugirió la necesidad de facilitar la movilidad de los estudiantes a través de la intervalidación de créditos en distintas instituciones. Sin embargo, hay que destacar las dificultades que pueden surgir por el hecho de tratarse de estructuras educacionales distintas.

La flexibilidad y el sistema de créditos no se encuentran incorporados todavía en todos los países, y la filosofía y duración de la enseñanza universitaria varía considerablemente entre los países latinoamericanos y entre éstos y Estados Unidos, lo cual pone de relieve la necesidad de pensar en algunos pasos previos e indispensables para articular la cooperación. Hay que establecer sistemas distintos encaminados los unos a generar habilidades para el trabajo, y los otros a formar profesionales con incumbencias legales otorgadas por las autoridades nacionales.

Por otro lado, las escuelas de salud pública podrían ser integradas entre sí aprovechando la presencia de numerosos estudiantes latinoamericanos en las entidades norteamericanas. Esos recursos humanos en formación constituyen una masa importante de contactos potenciales que permitirán estrechar vínculos con las instituciones y sus profesores.

Es necesario, finalmente, que cada país defina sus objetivos y sugiera el perfil del profesional deseado, a los fines de establecer criterios cualitativos que permitan orientar las pautas de integración posibles.

Más allá de definir estas áreas de acción y el desarrollo de la investigación conjunta, se analizó asimismo la experiencia concreta de colaboración entre algunos países del Caribe y la cooperación ofrecida por los profesionales estadounidenses, que confirman la práctica sugerida en el párrafo anterior.

La síntesis final fue la adhesión a las recomendaciones de colaboración técnica, como se señala en los informes anteriores, en el sentido de constituir una red de formación, permitiendo el acceso de los servicios que la red ofrece no solamente en el área de economía de la salud sino también en las otras ramas de conocimiento que aquélla abarque.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

De la dinámica del grupo de trabajo parecen desprenderse varias conclusiones importantes:

1. Se reafirma la validez y relevancia de la ciencia económica en el entendimiento de la organización y comportamiento del sector salud.
2. Los temas sugeridos, y que constituyen la médula del proceso de integración de los trabajos presentados, deben ser tomados como pautas ejemplificadoras que cada país habrá de reelaborar, ampliar, corregir e incluso suprimir si lo considerara conveniente para su propio interés.
3. El proceso de integración temática muestra que si bien se abre un camino multidisciplinario para enfrentar los problemas, la interacción de los dos componentes, economía y salud, es compleja y debe lograrse un sano equilibrio entre los presupuestos y los valores que subyacen en cada área del conocimiento, teniendo en cuenta la responsabilidad indelegable del sector salud de mejorar la calidad de vida de la población.
4. Parece aconsejable que, de la misma forma en que el grupo elaboró un modelo de pensamiento propio, esa metodología se reproduzca en el seno de las respectivas sociedades nacionales para llegar a un proceso de selección y elección de modelos analíticos conforme con las realidades específicas de cada sociedad.
5. La elaboración conceptual desarrollada a través de la investigación en el seno de las respectivas sociedades debe estimular la reproducción de procesos de reflexión-acción como los descritos en el presente relato.
6. La convocatoria a estos procesos podría ser desarrollada por las escuelas de salud pública en cooperación con las institu-

ciones que se consideren convenientes, teniendo en cuenta que solamente su propia realidad, el desarrollo de la investigación de sus problemas y la evaluación global de sus necesidades a la luz de criterios extraeconómicos, podrán definir el cuánto, el cómo y el qué enseñar en relación con la economía de la salud.

7. El grupo adhiere a la idea de conformar una red de instituciones de educación, investigación y servicio en el campo de la salud pública, y propone apoyar la iniciativa de compartir las redes propuestas para los capítulos explorados en las reuniones que precedieron a este taller de economía y financiamiento de la salud.