

Pasado y futuro del financiamiento de la salud en el mundo y en la Argentina

Past and Future of Health Financing Worldwide and in Argentina

El enfoque más completo es identificar los cambios del estado de salud que se desean y determinar qué necesidades deben ser adquiridas para lograr esos objetivos.

WILLIAM D. SAVEDOFF (1)

INTRODUCCIÓN

Se ha descripto recientemente la relación entre el desarrollo económico y el financiamiento de la salud, haciendo hincapié en la evolución del financiamiento de la salud mundial en el pasado reciente (20 años) y el futuro próximo (25 años). En otros artículos posteriores se trata de caracterizar el acceso a la atención de la salud y la calidad de la atención para las causas de mortalidad evitables en la atención personal de la salud.

Tomando en consideración todos los sistemas de financiamiento de los sistemas de atención de la salud mundiales (184 países), el gasto en el año 2014 fue de \$1.279 (dólares) en promedio, en la Argentina, muy parecido al promedio, de \$1.322. Pero ese promedio encubre que la mayor parte de ese gasto está concentrado en los países de ingresos altos y va de un rango de \$33 en Somalia a \$9.237 en los Estados Unidos. Para esa comparación se utilizaron los ingresos por inflación ajustada al 2015 y los precios en los diferentes países por PPP (*purchasing-power-parity* [paridad de poder adquisitivo]) en dólares; de esa manera se pueden resaltar las tremendas variaciones en lo que se gasta en salud alrededor del mundo. (2)

“En 2014, el gasto en salud a través de los países de ingresos bajos fue de \$120 per cápita, pero el rango iba de \$33 (Somalia) a \$347 (Uganda). El gasto per cápita a través de los países de ingresos medios-bajos fue de \$267, pero el rango iba de \$92 (Bangladesh) a \$791 (Túnez), mientras que el gasto per cápita en países de ingresos medios-altos fue de \$914, pero el rango iba de \$228 (Angola) a \$1.980 (Maldivas). Finalmente, el gasto de salud per cápita fue de \$5.221 en países de ingresos

altos y el rango iba de \$853 (Seychelles) a \$9.237 (Estados Unidos). Las diferencias geográficas están también presentes cuando se examinan utilizando el PBI del conglomerado por regiones” (2) (Tabla 1).

¿QUIÉN PAGA LA SALUD?

Se consideró gasto total de salud de cada país a la suma del gasto gubernamental (directo por el Estado a través de impuestos o indirectos obligatorios sobre el salario), el gasto por seguros (prepago) privados voluntarios y el gasto de bolsillo de las personas (estos datos fueron extraídos del Observatorio de la Salud Global de la OMS y 964 Cuentas Nacionales de Salud), a los que se le agregó el gasto de las agencias internacionales de “asistencia al desarrollo para la salud” (basado en los datos de todas las bases públicamente disponibles para la asistencia al desarrollo).

En todo el mundo, el promedio global de los gobiernos proveían el 59,2% del gasto total de salud, mientras que el 22,8% del financiamiento fue de bolsillo y el 17,4% por seguros (prepago) privados y solamente el 0,6% fue por asistencia al desarrollo para la salud.

Pero estos promedios encubrían profundas desigualdades; por ejemplo, el gasto en salud del Estado aumenta progresivamente desde el 18% en los países de ingresos bajos hasta el 63,4% en los países de ingresos altos. A su vez, los países de ingresos bajos fueron predominantemente financiados por asistencia al desarrollo de la salud (35,7%) y por el gasto de bolsillo (29,1%), constituyendo entre ambos casi el 65% del gasto total de salud (Tabla 2).

En los países de ingresos medios-bajos predomina netamente y es más grande la fuente de gasto de bolsillo (58%), seguida por el gasto gubernamental (35,9%), sin que casi tengan incidencia los gastos del prepago voluntario o la asistencia al desarrollo (véase Tabla 2).

Países (año 2014)	Gastos promedio	Rango de gastos
Ingresos bajos	\$120	\$33 (Somalia) - \$347 (Uganda)
Ingresos medios-bajos	\$267	\$92 (Bangladesh) - \$791 (Túnez)
Ingresos medios-altos	\$914	\$228 (Angola) - \$1.980 (Maldivas)
Ingresos altos	\$5.221	\$853 (Seychelles) - \$9.237 (EE.UU.)
Total (año 2014)	\$1.279	\$33 (Somalia) - \$9.237 (EE.UU.)

Tabla 1. Ingresos por inflación ajustada al 2015 por PPP*, en dólares

* PPP: Purchasing-power-parity (paridad de poder adquisitivo).

Por el contrario, en los países de ingresos medios-altos y altos los gastos del Estado eran los más altos y predominantes en el grueso del cuidado médico y las actividades relacionadas: se encontraban en el 57,2% y el 63,4%, respectivamente.

A través de todos los grupos de ingresos, el gasto de salud en prepago privados voluntarios permaneció bajo, siendo algo más del 17% en los extremos de riqueza (países de ingresos bajos e ingresos altos).

En la Argentina sigue predominando el gasto estatal (gubernamental y obligatorio de las Obras Sociales) (55,8%), seguido del gasto de bolsillo (30,9%), entre ambos el 86,8%, y los seguros (prepago) voluntarios privados solo financian el 13,2% (véase Tabla 2).

CÓMO CAMBIÓ EL GASTO EN SALUD PER CÁPITA ENTRE 1995 Y 2014

Es importante conocer cómo ha cambiado el gasto en salud per cápita en los últimos 20 años (1995-2014). Si se considera el crecimiento anualizado de esos años, los grupos de ingresos medios-altos y medios-bajos son los que han incrementado más rápido el gasto porcentual en salud per cápita, con un crecimiento anualizado de 5,9% y 5,0%, respectivamente. En el curso de estos 20 años llevó a casi triplicar el gasto en salud per cápita en los países de ingresos medios-altos, de \$309 a \$914 per cápita y aumentar más de 2,5 veces en los países de ingresos medios-bajos (Tabla 3).

El gasto en los países de ingresos bajos creció menos, a un 4,6%, mientras que el crecimiento más lento se observó en los países de ingresos altos, con un crecimiento grupal de 3,0% por año.

A pesar de esa tasa más lenta, el aumento del gasto en salud más grande en términos absolutos en dólares per cápita fue en los países de ingresos altos, los cuales agregaron \$2.244 per cápita en el gasto total. Los países de ingresos medios-altos y medios-bajos agregaron \$605 y \$162 per cápita, respectivamente, y los países de ingresos bajos, que gastaron poco en 1995, incrementaron el gasto en salud solamente \$69 per cápita entre 1995 y 2014.

Sin embargo, la fuente del incremento de ingreso fue distinto según la riqueza de los países: en países de ingresos altos e ingresos medios, el crecimiento en el gasto total fue dirigido por el aumento del gasto del Estado. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, el 64,5% de los \$2.244 del incremento absoluto se debió al aumento del gasto estatal. De manera inversa, en los países de ingresos bajos fue dirigido por el aumento en la asistencia para el desarrollo de la salud (51,0% del incremento absoluto).

Cuando ese aumento en salud se relacionó con el aumento del PBI de las naciones, no hubo esencialmente cambios en el porcentaje del gasto en salud del PBI a través del tiempo.

El gasto total en salud se incrementa con el desarrollo económico con el aumento de la participación estatal, mientras que la participación del financiamiento de bolsillo disminuye. En los países considerados, el crecimiento en el PBI per cápita estaba asociado con el crecimiento exponencial en el gasto en salud total per cápita, por lo cual cuando se mide como participación (porcentaje) del PBI, no hay una relación robusta que conecte desarrollo económico y gasto. La estimación es aproximadamente plana y hay países con similar PBI per cápita con diferentes niveles de gasto.

Tabla 2. Gastos en salud según las fuentes (año 2014)

Países (año 2014)	Gasto Estado %	Gasto Prepago %	Gasto Bolsillo %	Gasto Asistencia %	%PBI Salud
Ingresos bajos	18,0	17,2	29,1	35,7	7,3
Ingresos medios-bajos	35,9	3,1	58,0	3,0	4,3
Ingresos medios-altos	57,2	8,7	33,8	0,3	5,9
Ingresos altos	63,4	22,7	13,9	0,0	11,7
Total (año 2014)	59,2	17,4	22,8	0,6	8,3
Argentina	55,8	13,2	30,9	0,0	4,8

Tabla 3. Cambios en el gasto en salud per cápita 1995-2014

Países (año 2014)	Gastos promedio 1995	Gastos promedio 2014	Cambios anualizados	Cambios absolutos
Ingresos altos	\$2.997	\$5.221	3,0%	\$2.244
Ingresos medios-altos	\$309	\$914	5,9%	\$605
Ingresos medios-bajos	\$105	\$267	5,0%	\$162
Ingresos bajos	\$51	\$120	4,6%	\$69
Argentina	\$1.525	\$1.322	-0,6%	-\$160

A su vez, el gasto de los seguros (prepagos) privados como participación del gasto total en promedio es muy pequeño, a través de todos los niveles de desarrollo económico, mientras que la participación de la asistencia para el desarrollo de la salud se incrementa en niveles muy bajos de PBI per cápita y es máxima a PBI per cápita de \$801 dólares.

En promedio, la proporción del gasto total en salud de fuente gubernamental crece con el incremento del PBI. En el percentil 80 de riqueza (PBI per cápita de \$27.617), el análisis muestra que el gasto de salud es financiado fundamentalmente por el Estado, en el 72,2%, con solo 24,9% de la fuente de bolsillo. En el percentil 20 de riqueza (PBI per cápita de \$2.267), el análisis estima que el financiamiento de bolsillo es el 44,8% del gasto total, mientras que la asistencia para el desarrollo de la salud es de 23,1%.

Sin embargo, "... los resultados muestran que algunos países se desvían sustancialmente de las tendencias promedio." (2)

Países como Argelia y Japón no solo tienen el gasto total de salud per cápita mayor que el modelo, sino también el gasto financiado por el Estado; sin embargo, los Estados Unidos comparten con Uganda un aumento del gasto de salud mayor que el modelado, pero un financiamiento por el Estado menor que el promedio. De manera inversa, otros como Tailandia y Etiopía tienen menos gastos en salud total que el previsto globalmente, pero mayor gasto estatal que el esperado.

La situación de la Argentina es muy particular, comparte con muy pocos países como India, Pakistán, Bangladesh, Nigeria, Indonesia, Filipinas y un país latinoamericano (Venezuela) la triste realidad de no solo haber disminuido el gasto total per cápita, un -0,6% anualizado en 20 años, alrededor de un tercio con respecto al modelado total, sino también el porcentaje financiado por el Estado en 23%; a su vez, aumentó casi 4 veces el gasto por prepago privados y casi un cuarto más de gasto de bolsillo que en el modelo utilizado en el estudio (véase Tabla 3).

Si bien durante la primera década del milenio la asistencia al desarrollo de la salud creció al 11,3% anual, fundamentalmente para malaria, tuberculosis y VIH/SIDA, desde el 2010 ha decrecido bruscamente al 1,8%, con reducciones en los gastos (-1,4%) para el foco del área mayor de la salud, la cual es VIH/SIDA. El 24,0% de la asistencia para el desarrollo de la salud se enfocó en VIH/SIDA, mientras que los proyectos de salud para la niñez y maternal recibieron 14,8% y 11,3%, respectivamente.

El gasto del tipo de bienes y servicios fue relativamente constante a través de los diferentes niveles de desarrollo económico. Con una mediana de PBI per cápita (\$8.346) en 2014, el 29,0% del gasto total fue para la atención de internaciones curativas y de rehabilitación, el 30,6% para atención curativa y de reha-

bilitación ambulatoria y el 23,5% para bienes médicos, lo cual incluye las drogas farmacéuticas. Estos valores cayeron marginalmente en los valores más altos de PBI per cápita, donde se hace prominente la atención a largo plazo. El gasto gubernamental por tipo de bienes y servicios es muy similar al gasto total.

Los autores del estudio "... resaltan tres distintas etapas de financiamiento de la salud que emerge a lo largo del espectro de desarrollo económico. En la primera etapa, el financiamiento de la salud está dominado por la asistencia al desarrollo para la salud y el gasto de bolsillo. En la segunda etapa, la asistencia para el desarrollo de la salud se apacigua y la fuente primaria del financiamiento de la salud son los gastos de bolsillo y el gasto gubernamental doméstico. Finalmente, la tercera etapa incluye los países con más alto PBI per cápita, los cuales tienden a financiar la atención de la salud utilizando gastos gubernamentales." (2)

Aunque el gasto en salud de bolsillo es máximo a PBI per cápita de \$2.456, permanece como la mayor fuente de gasto en muchos países más allá de ese punto. "Las tendencias modeladas no muestran una declinación acelerada en el gasto de bolsillo hasta PBI per cápita por encima de \$20.000: Este umbral es crucial porque el financiamiento de bolsillo está ligado a menos acceso a las medicaciones prescritas, menor acceso a la atención, resultados adversos en salud y empobrecimiento." (2)

Los autores del estudio concluyen: "La disponibilidad de recursos de pagos anticipados para la salud, tales como los gastos gubernamentales, es uno de los mayores determinantes del acceso a la atención de la salud, y puede llevar a ganancias en la salud de la población... Este es el corazón del propósito de la cobertura universal de salud."

GASTO EN SALUD POTENCIAL ENTRE 2015 Y 2040

Aunque el gasto en salud tiende a aumentar con el desarrollo económico, las tremendas diferencias de financiamiento entre los sistemas de salud se irán acentuando, ya que, en términos absolutos, países con ingresos bajos e ingresos medios-bajos están incrementando su gasto en salud a una velocidad mucho menor que los países económicamente desarrollados, lo cual aumenta la brecha de gastos de salud y llama la atención a las necesidades de intervención política. Estimaciones futuras de las distintas proyecciones de gastos pueden ser de beneficio para que los responsables políticos y los planificadores puedan identificar las brechas que persisten en el financiamiento, y ajustar la planificación y los procesos a largo plazo.

Todas las proyecciones fueron similares y consistentes y se basaron en modelos de conjunto ensamblados, donde utilizaron análisis de frontera para identificar los patrones exhibidos por los países que dedicaron más fondos a la salud, y se utilizaron esas fronteras para

estimar el aumento potencial del gasto en salud para cada país de ingresos bajos o de ingresos medios. Todas las estimaciones están ajustadas por la inflación y el poder de compra.

Los autores estiman que el gasto global de salud se incrementará de US \$9,21 billones en el 2014 a \$24,24 billones [Intervalo Incertidumbre (II) 20,47-29,72] en el 2040. Poniendo los términos per cápita, este crecimiento global va de \$1.279 dólares en el 2014 a \$2.872 en el 2040, con una tasa de crecimiento anualizada del 3% (Tabla 4).

Se espera que el gasto en salud per cápita se incrementará más rápido en los países de ingresos medios-altos, a 5,3% por año, y pasará de \$914 en el 2014 a \$3.903 en el 2040. En los países de ingresos medios-bajos se espera que crezca algo menos, al 4,2%, de gastar \$267 pasará a \$8.444. En los países de ingresos altos crecerá aún menos, 2,1%, pero de un gasto de \$5.221 se incrementará a \$9.215 y en los países de ingresos bajos se espera un crecimiento aún más bajo (1,8%) y que permanezca bajo, de \$120 a \$195 per cápita en el 2040.

El incremento del gasto en salud de la Argentina será la mitad del incremento de su grupo (ingresos medios-altos), y de estar por encima del promedio de su grupo pasará a estar francamente por debajo (véase Tabla 4).

Este crecimiento se deberá fundamentalmente al incremento del gasto estatal; globalmente pasará de 59,2% en el 2014 a 65,3% en el 2040, pero seguirán bajos en los países de ingresos bajos (18% a 29,4%) y

altos en los de ingresos altos (63,4% a 65,3%). Crecerán, aunque menos que el gasto gubernamental, el gasto de bolsillo (22,8% a 21,4%) y el de prepago privado (17,4% a 12,9%) (Tabla 5).

La Argentina aumentará menos que su grupo (medios-altos) los gastos estatales, disminuirá de manera parecida los gastos por seguros (prepago) voluntarios y disminuirá menos su gasto de bolsillo.

Lo que subyace en estas tendencias son las tremendas diferencias que existen en el gasto en salud; en el 2014 tenía un rango de \$33 en Somalia a \$9.237 en los Estados Unidos, pero en el 2040 se espera una diferencia aún más grande, de \$42 en Somalia a \$15.026 en los Estados Unidos. Pero la brecha entre la “frontera” y los países individuales sugiere que muchos países pueden ser capaces de derivar más recursos a la salud, los países de ingresos bajos como un todo podrían gastar 64,3% más en salud; por ejemplo, se espera que los Estados Unidos y los Emiratos Árabes Unidos tendrán similar PBI per cápita en el 2040, pero gastan cantidades muy diferentes en la salud: se espera que los Estados Unidos gastarán el 18,5% de su PBI en salud, mientras que los Emiratos Árabes Unidos gastarán solo 4,6% en ese momento. “De un extremo al otro, en los países de ingreso bajos y medios-bajos el gasto gubernamental per cápita está incrementado al repriorizar la salud en el presupuesto, antes que elevar más los recursos gubernamentales.” (3)

Sin embargo, “Características contextuales tales como la deuda nacional, la corrupción o una sustancial

Tabla 4. Cambios futuros en el gasto en salud per cápita 2014-2040

Países	Gastos Salud per cápita 2014	Gastos Salud per cápita 2040	Cambios Absolutos	Cambios anualizados
Ingresos altos	\$5.221	\$9.215	\$3.994	2,1%
Ingresos medios-altos	\$914	\$3.903	\$2.989	5,3%
Ingresos medios-bajos	\$267	\$844	\$577	4,2%
Ingresos bajos	\$120	\$195	\$75	1,8%
Total	\$1.279	\$2.872	\$1.593	3,0%
Argentina	\$1.322	\$3.012	\$1.690	3,0%

Tabla 5. Gastos porcentuales según las fuentes (2014-2040)

Países	Gasto Estado	% del gasto total 2014			Gasto Estado	% del gasto total 2040		
		Gasto Prepago	Gasto Bolsillo	Gasto Asistencia		Gasto Prepago	Gasto Bolsillo	Gasto Asistencia
Ingresos bajos	18,0	17,2	29,1	35,7	29,4	14,4	29,9	26,3
Ingresos medios-bajos	35,9	3,1	58,0	3,0	45,6	2,7	50,5	1,2
Ingresos medios-altos	57,2	8,7	33,8	0,3	71,2	6,4	22,3	0,0
Ingresos altos	63,4	22,7	13,9	0,0	65,5	22,0	12,5	0,0
Total	59,2	17,4	22,8	0,6	65,3	12,9	21,4	0,4
Argentina	55,8	13,2	30,9	0,0	65,0	11,3	23,7	0,0

porción de la economía informal (significa que no paga impuestos o es monitorizada por el gobierno) pueden ser distintos desafíos para algunos países, y pueden hacer dificultoso alcanzar la “frontera” del gasto... En algunos casos, en realidad, esperamos que sin cambios políticos proactivos, esta diferencia se ampliará en el tiempo.” Adicionalmente, la Agenda de Acción de Addis Abeba del 2015 recomienda aumentar el financiamiento doméstico para la salud.

Este enfoque a futuro se realizó excluyendo muchos factores que pueden influir en el resultado, como la política de impuestos, problemas relacionados con las deudas nacionales, la capacidad de los gobiernos, la estructura de la economía, la demanda, la eficiencia del sistema de salud, la carga de enfermedades y la estructura en años de la población serían algunos de ellos.

Gómez-González y Reyes opinan que “El pronóstico muestra que el grupo de países de ingresos altos gasta actualmente en salud un promedio de \$5.221 per cápita y su gasto se incrementará en más de \$3.994 entre el 2014 y el 2040, mientras que los países de ingresos bajos incrementarán su gasto en salud actual per cápita (\$120) en solamente \$75 en el mismo período. El ensanchamiento de la brecha del gasto en salud entre países desarrollados y en desarrollo claramente continuará impactando la expectativa de vida y la brecha de calidad de vida, llamando a la necesidad de incrementar el gasto gubernamental en los países de ingresos bajos y medios-bajos, así como el mantenimiento de la promoción de las políticas de asistencia para el desarrollo de la salud. (4)

¿LA AGENDA POLÍTICA DE LOS PARTIDOS DE GOBIERNO INFLUYE EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN?

Navarro y colaboradores agrupan a los países desarrollados en cuatro tradiciones políticas mayores que dirigieron esos países entre 1950 (inmediatamente luego de la Segunda Guerra Mundial) y el 2000, según el número de días que gobernaron. Los cuatro grupos son: a) Socialdemocracia (Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Austria), b) Democracia Cristiana, conservadora con tradiciones judeo-cristianas (Italia, Holanda, Alemania Occidental, Bélgica y Francia), c) Liberal (UK, Irlanda, Canadá y Estados Unidos) y d) Conservadores Autoritarios o dictaduras (España, Portugal, Grecia). El rango iría de los que son más prodistributivos (partidos socialdemócratas) a los menos prodistributivos (gobiernos autoritarios o conservadores totalitarios), el nivel de redistribución en cada país estaría dado por el coeficiente de Gini y el Índice de Theil. (5)

En el período de 50 años (1950-2000), en países con “partidos socialdemócratas”, el Gini promedio fue

de 0,225 (redistribución más igualitaria del ingreso); suministraban cobertura universal de salud y amplios beneficios sociales a toda la población, el gasto público fue del 30% del PBI y el gasto público de salud del 7,2% del PBI, generaron amplios servicios sociales (que incluye el cuidado de los niños y del hogar). En promedio (exceptuando Austria, donde fue solamente del 48%), el 82% de las mujeres estaban en la fuerza de trabajo, y esas sociedades tenían una tasa baja de criminalidad.

Países con “partidos demócratas cristianos” tienen menor redistribución que los gobiernos socialdemócratas; el promedio del coeficiente Gini fue de 0,306 y el gasto público social del 28% del PBI y gasto público en salud del 6,4%, tienen servicios universales de atención de la salud, pero solo el 62% de las mujeres están en la fuerza laboral.

Países con “partidos liberales” no tienen fuerte compromiso en la redistribución, con promedio del Gini de 0,320 (Estados Unidos 0,372), no proveen servicios sociales universales, aunque sí cobertura universal de salud (excepto Estados Unidos). El gasto social público fue del 24% del PBI y el gasto público de salud fue del 5,8%.

Países con “partidos conservadores autoritarios” tienen poca transferencia social y pobres servicios públicos y la más desigual distribución de ingresos, con un promedio del coeficiente Gini de 0,423; el gasto social público fue muy bajo al final de cada dictadura, en 1970 el gasto público social fue de solo el 14% del PBI y el gasto público de salud de solo el 4,8% del PBI. Luego de las dictaduras se desarrollaron (por los programas de los partidos socialdemócratas) y el gasto social público actual es del 20% del PBI y el gasto público de salud del 5,8% del PBI (Tabla 6)

Para medir los efectos de las tradiciones políticas se utilizaron dos resultados claves: mortalidad infantil y expectativa de vida al nacer.

Los autores del estudio dicen que: “El análisis revela una correlación negativa robusta y significativa entre, por un lado, los años acumulados de gobierno por partidos prodistributivos y el nivel resultante de la redistribución del ingreso (medido por el Índice de Theil) y, por el otro, la mortalidad infantil... también muestra una correlación entre la política de redistribución en el período entero de 1971 a 1998, la implementación de políticas para reducir la desigualdad estuvo asociada con tasas bajas de mortalidad infantil... se ha visto una correlación negativa entre la desigualdad de ingresos y la expectativa de vida tanto para mujeres como para hombres. Sin embargo, esta correlación es más débil que la notada para la mortalidad infantil y los resultados no son siempre estadísticamente significativos.

Tabla 6. Características de los partidos de gobierno (entre paréntesis años de gobierno, máximo 50 años)

	Partidos Socialdemócratas	Partidos Demócratas Cristianos	Partidos Liberales Partidos	Partidos Conservadores autoritarios Dictaduras
Países (tiempo en años)	Suecia (45) Noruega (39) Dinamarca (35) Finlandia (32) Austria (31)	Italia (41) Holanda (41) Alemania Occ. (37) Bélgica (35) Francia (29)	Reino Unido (36) Irlanda (35) Canadá (35) Estados Unidos (28)	España (25) Portugal (24) Grecia (8)
Coeficiente GINI	0,225	0,306	0,320	0,423
Gasto Público Social	30% PBI	28% PBI	24% PBI	20% PBI
Gasto Público de Salud	7,2% PB	6,4% PBI	5,8% PBI	5,8% PBI

¿Importa la política en la política de salud?

“Nuestro análisis sugiere que los partidos políticos con ideología igualitaria tienden a implementar políticas de redistribución. Pero la conexión de la ideología social de clase es distinta en lo electoral y la implementación de políticas particulares es compleja, como se puede ver del hecho que en los pasados 30 años muchos países gobernados por partidos socialdemócratas han implementado políticas neoliberales...”

Un hallazgo importante es que la implementación de políticas cuyo objetivo es reducir las desigualdades sociales parece tener un efecto saludable sobre la salud de la población, lo cual explicaría por qué los indicadores de salud tales como la mortalidad infantil son mejores en países que han sido gobernados por partidos con políticas de redistribución.” (5)

QUÉ RELACIÓN EXISTE ENTRE POLÍTICAS DE AUSTERIDAD Y SALUD

Contra la creencia habitual de que la magnitud de la recesión se encuentra relacionada con la reducción del gasto estatal en la salud, Reeves y colegas, en un análisis de corte nacional de cambios en el gasto en salud en 27 naciones europeas entre 1995 y 2011, no la encontraron significativamente asociada ni con el cambio anual en el PBI ($p = 0,31$) o la disminución acumulada ($p = 0,40$), o la crisis de la deuda pública medida como porcentaje del PBI ($p = 0,38$), tampoco que la ideología de los partidos de gobierno tuviera algún efecto. Pero a diferencia de lo anterior, cada \$100 de reducción en el ingreso de impuestos estaba asociado con una caída de \$2,72 en el gasto en salud (IC 95% \$1,03-4,41). (6)

Existía un aumento significativo de casi 4 veces entre la reducción de los presupuestos de atención de la salud de los que fueron prestatarios del FMI en relación

con los que no lo eran (OR 3,88, IC 95% 1,95-7,74), aun después de corregir por potenciales confundidores.

“Con la exposición a créditos de instituciones financieras internacionales, los ingresos fiscales caen y las decisiones de implementar recortes se relaciona más estrechamente que las condiciones económicas subyacentes o la orientación de los partidos políticos con cambios en el gasto en los Estados Miembros de la Unión Europea (UE).”

En la recesión que comenzó en el 2007 “... los políticos utilizaron los paquetes de grandes estímulos financieros para rescatar a los bancos, absorbiendo sus deudas en el balance del sector público.... En paralelo, la recesión llevó a implementar la pérdida de trabajo y la caída de los ingresos, llevando a una declinación en el gasto de los consumidores y el ingreso asociado de los impuestos. Esto resulta en un gran incremento en el déficit gubernamental (cuando el gasto gubernamental anual excede los ingresos), incrementando la deuda pública nacional. La mejor manera de responder a estas amenazas combinadas de grandes caídas en la producción, el desempleo y la escalada de deudas y déficit ha sido un tema de debate discutido a gritos.

La Comisión Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional (la así llamada “troika”) al lado de líderes de muchas naciones europeas colocaron como prioridad explícita la reducción del déficit...

Para reducir el déficit, los gobiernos comenzaron a implementar programas de austeridad. Así llamados debido a que suelen implicar recortes presupuestarios... se ha propuesto como hipótesis que los *shocks* económicos más grandes, tales como la caída del PBI, el desempleo y la deuda pueden llevar rápidamente a los responsables políticos a hacer profundos recortes de la atención de la salud.” (6)

Sin embargo, como ya vimos, no existía correlación entre el tamaño de la recesión medida por la caída del PBI, que comenzó en Europa en el 2007, con la subsiguiente magnitud del recorte del presupuesto y en los gastos de salud.

Se rechazaron otras hipótesis posibles de reducción del gasto en salud, como la visibilidad, la recesión acumulada, la agenda de los partidos políticos y el porcentaje PBI de la deuda, pero los que recibían préstamos del FMI estaban significativamente asociados con la decisión de implementar recortes grandes al sector salud (lo que favorece la hipótesis de la intervención de las “instituciones internacionales”).

CONCLUSIONES

Todos, o por lo menos casi todos, pensamos que tener acceso a la mejor atención de la salud posible es un derecho inalienable de cada una de las personas. Un editorial de *The Lancet* lo manifiesta expresivamente: “Ciertos conceptos resuenan tan naturalmente con el sentido innato de dignidad y justicia dentro de los corazones de hombres y mujeres que parecen un derecho que no se puede suprimir. Que la salud debería ser accesible para todos es seguramente uno de dichos conceptos. Aunque en el pasado, esta noción ha luchado contra las barreras del propio interés y la pobre comprensión.”

Los sistemas de salud con pagos extras (copagos) por consultas, servicios o fármacos: “Haciendo caso omiso del eufemismo elegido para describir los pagos compartidos, son en realidad una puerta cerrada que impide el acceso a la atención de la salud para muchos que más la necesitan. Deberían ser abolidos.”

Por lo cual: “La visión de la CUS (Cobertura Universal de Salud) se está transformando rápidamente en una realidad, con acceso a la atención de la salud no por más tiempo a unos pocos privilegiados, sino como un derecho de nacimiento de muchos.” (7)

Hemos observado que las diferencias enormes en el financiamiento de la salud global del pasado inmediato se incrementarán en el futuro próximo, y que los países desarrollados con mayores ingresos per cápita también tienen francamente mayores ingresos de salud per cápita, que indican mayores posibilidades de atención personal y poblacional de la salud. Los países que dedican los mayores gastos absolutos en salud los hacen con fondos predominantemente estatales y mantienen una CUS para sus ciudadanos.

La Argentina está dentro de los pocos países que disminuyó su gasto total y estatal de salud per

cápita en dólares (constantes) en los últimos 20 años (1995-2014); aunque todavía sigue predominando el gasto estatal (el gubernamental y obligatorio de las Obras Sociales, 55,8%), seguido del gasto de bolsillo (30,9%).

La situación de la Argentina es muy triste y desalentadora, comparte con solo 7 de 184 países la realidad de no solo haber disminuido el gasto total per cápita (-0,6% anualizado en 20 años), sino alrededor de un tercio menos con respecto al modelado del grupo total, y 23% también del porcentaje financiado por el Estado. A su vez, en la proyección a 25 años el incremento del gasto en salud de la Argentina será la mitad del incremento de su grupo (ingresos medios-altos), aumentará menos que su grupo los gastos estatales y disminuirá menos su gasto de bolsillo.

En la Argentina, en esta situación, el fondo de Cobertura Universal de Salud (CUS) obligatoria podría estar financiado por el Estado, para que “*toda la población*” tenga una atención personal adecuada, estableciendo una asistencia única de “*atención primaria universal de la salud*” (con médicos de APS, enfermeras y TSC [Trabajadores de Salud de la Comunidad]), con posibilidad de referencias a especialistas ambulatorios de alta demanda con la sola derivación del médico de APS. Aquellos que tengan Obra Social, ésta pagaría la cápita que gasta el Estado para atenderlos; pero serían parte de un sistema único y universal de asistencia ambulatoria inmediata para toda la población, y adecuada a las diferentes necesidades de los grupos sociales.

El sistema de “*internación y rehabilitación*” está muy fragmentado, aun dentro del Estado, con los diferentes sistemas de hospitales nacionales, provinciales, municipales, por lo cual se impondría fusionar las instituciones con financiamiento público (los diferentes estamentos gubernamentales y las obras sociales) en un ente único con representación del Estado, los Trabajadores sindicalizados y los Consumidores, que se ocuparía de dirigir un sistema de internación por niveles de complejidad para toda la población, modernizando y construyendo nuevas instalaciones cuando fuera necesaria, y dotándolas de un personal de tiempo completo, adecuado y bien remunerado, que participe en la gestión de los diferentes niveles. Manteniendo un sistema de capacitación cruzada entre diferentes hospitales, entre distintos grupos ambulatorios y también entre los hospitales y los médicos de atención primaria y especialistas ambulatorios.

Es necesario, mejor dicho imprescindible, que los que trabajamos en la salud comencemos a discutir no solo cómo frenamos la decadencia, sino cómo impulsamos un sistema de salud que responda a las necesidades de todos los argentinos.

Hernán C. Doval

Director de la Revista Argentina de Cardiología

BIBLIOGRAFÍA

1. Savedoff WD. What should a country spend on health care? *Health Aff (Millwood)*. 2007;26:962-70. <http://doi.org/d2gnjn>
2. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017;389:1981-2004. <http://doi.org/f94cq9>
3. Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015-40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017;389:2005-2030. <http://doi.org/f94bmw>
4. Gomez-Gonzalez JE, Reyes NR. Patterns of global health financing and potential future spending on health. *Lancet* 2017;389:1955-6. <http://doi.org/cchd>
5. Navarro V, Muntaner C, Borrell C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. Politics and health outcomes. *Lancet* 2006;368:1033-7. <http://doi.org/cw6q4n>
6. Reeves A, McKee M, Basu S, Stuckler D. The political economy of austerity and health care: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy* 2014;115:1-8. <http://doi.org/f2xsww>
7. The struggle for universal health coverage. *Lancet* 2012;380:859. <http://doi.org/f2ft24>