

Salud y economía

Los desafíos del gasto sanitario en Argentina



Por Carlos Díaz*

La denominada “batalla cultural” que pone en riesgo el acceso de los pacientes al sistema de salud y sus tratamientos. Los factores que explican el aumento del gasto y su impacto por no ocupar un lugar prioritario en la agenda pública. Cómo encontrar un equilibrio adecuado entre la intervención estatal y las fuerzas del mercado. La atención médica basada en el valor como una solución potencial a diversos desafíos en el sector de la salud

El gasto sanitario está aumentando a más del doble de la tasa del PBI en los países con mayores ingresos en los últimos diez años. Según el Banco Mundial, la tasa de crecimiento anual compuesta de los gastos en salud para los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) fue del 2.7% entre 2015 y 2019, mientras que la tasa de crecimiento del PBI per cápita disminuyó

*Profesor Titular de la Universidad ISALUD, y director de la Especialización de Economía y Gestión de la Salud.

en un 5%. Uno de los factores que contribuyen es el envejecimiento de la población que ha incrementado las necesidades de atención médica, pero también se debe tener en cuenta que la innovación tecnológica tiene un costo superior al de las tecnologías previamente utilizadas. A su vez, cabe señalar que el aumento del gasto en atención médica no garantiza necesariamente una población más saludable. Los datos no muestran una fuerte correlación entre el gasto en salud y los resultados sanitarios. No obstante, sí existe una correlación entre la inversión

en salud pública y la mejora en algunos indicadores específicos.

La situación en Argentina varía según cada sector del sistema de salud y las distintas jurisdicciones. Los presupuestos ajustados para los hospitales nacionales están por debajo de la inflación, lo que afectará la capacidad de atención, los salarios del personal y la provisión de medicamentos. Se ha registrado una disminución en la cantidad de afiliados a las prepagas, con una pérdida aproximada de 200.000 titulares. El incremento del precio de las cuotas de las prepagas y los medicamentos supera la tasa de inflación, lo que provoca que algunas personas no puedan continuar con sus tratamientos. El PAMI ha eliminado a 55 medicamentos de su lista de cobertura al 100%, incluyendo la fluoxetina, quetiapina y levomepromazina. Aunque las ventas de medicamentos han caído un 9,36%, la facturación ha aumentado debido al alza de precios.

Los recortes en programas verticales, la estructura del Ministerio y los agentes alcanzan un 40% interanual. La transferencia de responsabilidades a las provincias se realizó sin un período de transición ni posibilidad de adaptación, respondiendo a una estrategia de gestión de un nuevo espacio de poder; ejecutiva pero no parlamentaria. La dinámica de los hechos y el propósito implícito de las acciones se presentan como objetivos de la denominada “batalla cultural”. Esta disputa pone en riesgo el acceso de los pacientes al sistema de salud y sus tratamientos en personas vulnerables.

Factores que explican el aumento del gasto

El incremento del gasto en salud se explica por varios factores comunes (ver tabla) como la intensidad de utilización de servicios, la edad de la población, el precio de

los medicamentos e insumos, la prevalencia de condiciones de salud crónicas, multimorbilidad y polipatología, las formas de pago, el desperdicio, abuso y fraude.

La importancia de este tema en la economía de la salud y la gestión de los servicios es significativa, y resulta lamentable el conocimiento parcial y limitado que se tiene sobre los factores que impulsan el rápido aumento del gasto sanitario, observándose un comportamiento de caja negra, que cuesta descifrar su contenido. En relación con el gasto y el envejecimiento, es crucial destacar el impacto de la proximidad a la muerte de las personas, especialmente en el último año de vida.

Además, existe cierta elasticidad en el gasto en función del seguro que posea la población y el crecimiento económico de la nación ya que puede favorecer ciertos incrementos, particularmente debido al aumento de la oferta y el asegurarse que la demanda tenga cobertura. Se observa con claridad las diferencias en el aumento del gasto en el Medicare y los seguros privados en EE. UU, en relación con el Medicaid, donde en algunos estados, la mitad de los médicos no atienden a pacientes que tengan esa cobertura. Si aumenta la población asegurada se incrementará el gasto en salud y la capacidad económica para el financiamiento del gasto.

El incremento del gasto en salud es difícil de contener debido a su participación en los mercados de medicamentos, insumos y tecnologías. De hecho, diversas especialidades y avances científicos (especialmente en el tratamiento del cáncer y reumatología) han logrado impactar en la opinión pública como soluciones más efectivas en la publicación que en el mundo real.

Otros factores que contribuyen al aumento del gasto son el envejecimiento de

“El gasto sanitario está aumentando a más del doble de la tasa del PBI en los países con mayores ingresos en los últimos diez años”

“El gasto también está influido por la transición demográfica y epidemiológica que afecta la carga sanitaria”

la población debido a la mejora en la calidad de vida, la fragmentación de los sistemas de salud, las esperas ocultas, la prescripción inadecuada y la sobreutilización de prácticas médicas. Además, ha habido un aumento en las prácticas quirúrgicas como resultado de mejoras en la seguridad. El gasto también está influido por la transición demográfica y epidemiológica que afecta la carga sanitaria. La medicina defensiva y la judicialización también desempeñan un rol relevante, así como la necesidad de actualizar una canasta de prestaciones más amplia de lo que es posible financiar, lo que repercute en el esquema de financiamiento elegido para la salud.

Además, la rápida transición hacia la digitalización y el manejo de información,

incluyendo la incorporación de big data e inteligencia artificial, desempeña un papel fundamental en este contexto. Según Hart T., “la salud enfrenta una crisis de éxito”. Al disponer de más información sobre la población y aumentar la capacidad diagnóstica, se incrementa el número de casos detectados y, consecuentemente, los costos asociados.

El costo de la salud representa una preocupación significativa para diversos sectores de la sociedad, incluidos los ciudadanos, las instituciones, el personal de salud, los financiadores, los sociólogos y los expertos en salud pública. Sin embargo, sorprendentemente, este tema no ocupa un lugar prioritario en la agenda social, lo que resulta en su relegación en

Factores que explican el aumento del gasto

Factor	Descripción
Incremento del gasto en salud	Difícil de contener debido a su participación en mercados de medicamentos, insumos y tecnologías
Digitalización y manejo de información	Incorporación de big data e inteligencia artificial
Envejecimiento de la población	Mejora en la calidad de vida, mayor cantidad de personas tienen 65 años y más.
Fragmentación de los sistemas de salud	Contribuye al aumento del gasto, por la repetición de estudios, por la interrupción de los recorridos.
Esperas ocultas	Se tratan cánceres en estadios más avanzados, generan tratamientos más costosos y peor calidad de vida resultante o residual.
Prescripción inadecuada	Uso innecesario de medicación sintomática, fútil, antibióticos en enfermedades virales. Medicalización de la vida de las personas.
Sobreutilización de prácticas médicas	Aumento de los gastos por empleo innecesario de estudios de diagnóstico.
Prácticas quirúrgicas	Incremento de la cantidad de cirugías gracias a la mejora en la seguridad. Incremento del número de intervenciones quirúrgicas. La cirugía mínimamente invasiva, en la vía biliar y las articulaciones, juega un rol en el aumento. Las intervenciones endoluminales e intravasculares cada vez son más frecuentes. El uso de dispositivos y tecnologías costosas. Inclusión de la cirugía robótica.
Transición demográfica y epidemiológica	Afecta la carga sanitaria o sea el costo de atención. La población en general de más edad y con enfermedades crónicas gasta más.
Medicina defensiva y judicialización	Desempeñan un rol importante en la actitud prescriptiva de los médicos frente a los riesgos de demanda o judicialización.
Actualización de canasta de prestaciones el PMO	Más amplia de lo que es posible financiar. Es necesario revisarlo para establecer con el dinero que se recauda que se puede financiar. Debe ser por ley y refrendado por el máximo tribunal.
Esquema de financiamiento	Afectado por la necesidad de actualizar prestaciones. Insuficiente en su monto. Necesidad de impulsar la medicina basada en el valor y pago por desempeño.

los discursos políticos y las reformas. Esta falta de atención contribuye a la debilidad institucional del sector. En la actualidad, este problema se aborda mediante medidas inadecuadas como el racionamiento, especialmente a través de barreras en el acceso; la negativa a autorizar ciertas prestaciones y tecnologías y los bajos honorarios en comparación con otros gastos, incluyendo los salarios del personal de enfermería y médicos de guardia.

El 60-70% del gasto en un establecimiento de salud corresponde al recurso humano, que incluye salarios, cargas sociales y honorarios; mientras que el 20-25% se destina a insumos y medicamentos. En las obras sociales y prepagas, el gasto en medicamentos ambulatorios históricamente era del 23-26% del gasto total, pero ahora alcanza el 40%. Este incremento se debe a que los medicamentos más utilizados han experimentado un aumento de precio superior al del resto de los fármacos y al índice de precios al consumidor. La definición de racionamiento implica la negativa a proporcionar un tratamiento potencialmente beneficioso a un paciente debido a razones de escasez.

El uso del término “potencialmente” es adecuado, ya que prácticamente ningún tratamiento médico garantiza un beneficio absoluto para un paciente individual y se debe evaluar si el beneficio es lo suficientemente significativo como para justificar el costo. Optar por un tratamiento más económico en lugar de uno costoso no constituye racionamiento si ambos tienen la misma eficacia, dado que elegir el menos costoso no implica la negación de un tratamiento con posible beneficio. Aunque la necesidad de estos bienes sociales es ilimitada, los recursos disponibles para satisfacerlos son limitados. La evidencia científica que apoya lo racional general no

elimina la necesidad de aplicar el racionamiento; por ello, algunos autores consideran que es inevitable.

El racionamiento puede ocurrir en múltiples niveles: macro, meso o microasignación. La macroasignación se realiza a nivel social y abarca decisiones sobre la distribución de fondos entre diversos bienes públicos. Por ejemplo, las decisiones de macroasignación determinan cómo se distribuyen los fondos públicos en áreas como defensa, educación, infraestructura, salud pública y atención médica. Las decisiones de microasignación implican decisiones a pie de cama sobre si un paciente individual recibirá un recurso médico escaso. La mesoasignación, por su parte, se refiere a las decisiones relacionadas con las compras de los centros médicos o la autorización de gastos o prestaciones para pacientes hospitalizados.

Existen varios principios en los cuales se pueden fundamentar las decisiones de racionamiento:

1. A cada persona una parte igual.
2. A cada uno según su necesidad.
3. A cada uno según su esfuerzo o tipo de afiliación.
4. A cada uno según las condiciones de libre mercado.
5. A cada uno de modo que se maximice la utilidad general.

Un debate esencial sobre la justicia distributiva radica en cómo gestionar los impulsos contrapuestos de maximizar la eficiencia (tomar decisiones para producir el mayor beneficio con el menor costo), la equidad (tratar a las personas por igual) y las concepciones prioritarias de la justicia (favorecer a los más desfavorecidos). También en el ámbito de la salud deben considerarse el prioritarismo, el utilitarismo, el igualitarismo y la regla del rescate. Estos enfoques no son excluyentes entre sí. Los

“El 60-70% del gasto en un establecimiento de salud corresponde al recurso humano, que incluye salarios, cargas sociales y honorarios; mientras que el 20-25% se destina a insumos y medicamentos”

“Las medidas deben generarse a partir de un equilibrio entre el mercado y la capacidad de gestión de los estados provinciales y nacionales”

esfuerzos desplegados en los tres niveles de gestión no logran contener el aumento del gasto sanitario, que excede el crecimiento económico del país y refleja su estado de bienestar. El acceso a los servicios de salud necesarios es un derecho fundamental y una responsabilidad inherente de las naciones que buscan crecer y desarrollarse dentro de un marco de igualdad y equidad. Es esencial encontrar un equilibrio adecuado entre la intervención estatal y las fuerzas del mercado.

Diversos factores que ocasionan el aumento de los costos en salud interactúan entre sí y se potencian mutuamente. La tecnología puede contribuir a la longevidad, y la cobertura se vuelve una necesidad al conocerse la evidencia científica que respalda dicha tecnología. Los prescriptores tienen la obligación profesional de prescribir la nueva tecnología basada en este conocimiento. El incremento de la oferta de esta tecnología puede generar su propia demanda. Además, si mejora la condición social de las personas y la formalidad en el empleo, el gasto en salud también aumentará.

Acciones

Deben considerar todos los factores que influyen en el gasto. Las medidas deben generarse a partir de un equilibrio entre el mercado y la capacidad de gestión de los estados provinciales y nacionales. Utilizando todas las herramientas legales, se debe contener el aumento del gasto y mejorar la salud de la población, respetando y reconociendo la importancia de los equipos de salud.

Entre las propuestas innovadoras se destacan el uso del mercado en áreas donde la libre competencia sea conveniente. En otros aspectos, se propone una mayor regulación mediante la fijación de

ciertos precios, la centralización de compras, los convenios de riesgo compartido en nuevos medicamentos y la creación de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Adicionalmente, se sugiere la reducción de impuestos a la importación de insumos que no se fabrican localmente, así como el impulso a industrias que promuevan la soberanía sanitaria en caso de futuras epidemias.

Es ampliamente reconocido que la disponibilidad de cobertura incrementa considerablemente su utilización. Se puede establecer que se configura como un centro económico-financiero en el cual múltiples actores desean participar para asegurar el retorno de sus inversiones. Esto incluye a investigadores, responsables de patentes, usuarios de estas tecnologías y proveedores de servicios.

Las instituciones hospitalarias destinan aproximadamente el 60% de sus inversiones al capital de trabajo y a la contratación de mano de obra profesional altamente capacitada. Este personal, dotado de conocimientos especializados, debe proporcionar servicios de alta calidad a los pacientes, incluyendo consultas, prestaciones y estudios complementarios.

La competencia en el mercado de medicamentos y otros aspectos relacionados han generado debates sobre la apertura del mercado para países que no reconocen tratados de libre comercio y protección de patentes. Estos países a menudo reproducen productos farmacéuticos con una calidad que mejora año tras año, sin el respaldo de las investigaciones originales.

La industria farmacéutica opera en un equilibrio delicado entre la inversión realizada y el tiempo necesario para su recuperación, según las estimaciones de las empresas del sector. Es fundamental considerar no solo los costos asociados a los

medicamentos que alcanzan la fase 5 de comercialización, sino también aquellos relacionados con las moléculas que no logran avanzar en el proceso. Este ámbito es vasto y complejo, abarcando la velocidad de la investigación y las estrategias necesarias para alcanzar el objetivo de mejorar la salud humana.

Es importante analizar métodos más eficientes para la investigación, como se observó con las vacunas de ARN utilizadas durante la pandemia del Covid-19. Estas no habrían estado disponibles para uso humano en tan solo un año y medio sin la innovación promovida por la sociedad y los gobiernos a través de la financiación y la aceleración de la investigación. Esto plantea la cuestión de la necesidad de implementar mecanismos que permitan financiar adecuadamente la investigación y reducir el costo de los medicamentos, disminuyendo así la dependencia del capital de riesgo que las empresas deben considerar en sus balances operativos.

Este es un debate en el que deben participar los estados, especialmente aquellos desarrollados y emergentes, así como las instituciones responsables de autorizar el uso de estos productos basándose en evaluaciones económicas.

En el contexto de los esfuerzos del programa Choosing Wisely, es fundamental asegurar la pertinencia y adecuación en la prescripción de medicamentos genéricos y de bajo costo. Es importante evitar el uso excesivo de prestaciones cuya eficacia no ha sido demostrada y reducir la demanda originada por la oferta o la práctica de la medicina defensiva. También es necesario regular los precios establecidos por los vendedores sin intervención estatal directa, para evitar que los altos costos eliminen los ahorros logrados mediante una gestión

eficiente basada en la experiencia y la evidencia clínica.

Además, se debe disminuir la variabilidad en la prestación médica, asegurar el acceso para toda la población e involucrar a las autoridades estatales en la adopción y aplicación adecuada de innovaciones, sin sesgos ideológicos.

Es importante reducir los costos relacionados con la ineficiencia mediante la implementación de medidas basadas en idoneidad, conocimiento, experiencia, decisiones informadas, transparencia, auditorías y tiempos adecuados para el desarrollo de las enfermedades. Esto permitirá optimizar el uso de recursos y evitar situaciones en las que los pacientes y sus familias tengan expectativas sobre tratamientos que, según estudios controlados, no han demostrado la misma eficacia en la práctica real.

Los laboratorios que publican en journals prestigiosos buscan generar una percepción de éxito para favorecer la prescripción de sus productos con rapidez. Una vez aprobados para indicaciones específicas, intentan extender su mercado a otros pacientes, lo que plantea interrogantes éticas sobre estas investigaciones y publicaciones.

Es común que las empresas farmacéuticas utilicen mecanismos como las ventanas de oportunidad creadas por las regulaciones y los mercados. La falta de regulación y la ausencia de precios de referencia permiten el lanzamiento de innovaciones. Por otro lado, las limitaciones y restricciones impuestas por los gobiernos suelen recibir respuestas de empresas con una considerable fortaleza económica.

En las últimas décadas, se ha evidenciado que las enfermedades potencialmente mortales pueden ser controladas o convertidas en enfermedades crónicas,

“Se debe disminuir la variabilidad en la prestación médica, asegurar el acceso para toda la población e involucrar a las autoridades estatales en la adopción y aplicación adecuada de innovaciones, sin sesgos ideológicos”

“Es crucial incrementar la difusión de la evidencia científica y facilitar el acceso a la capacitación continua para los profesionales de salud, con el fin de que sus decisiones se basen más sólidamente en dicha evidencia”

aunque no se curen. Sin embargo, surge la cuestión de quién debe tomar la decisión de prolongar la vida de una persona por un año más, especialmente cuando esta extensión de vida implica el uso de recursos compartidos por toda la población. Esto plantea un dilema sobre la distribución de recursos con beneficios para unos pocos, dentro de un esquema de decisión a nivel micro, pero que genera un impacto significativo y costos a la sociedad en general.

También en los últimos años, la atención médica basada en el valor (VBHC) ha ganado relevancia como una solución potencial a diversos desafíos en el sector de la salud. La VBHC es un enfoque centrado en el paciente que busca mejorar los resultados de salud más significativos para los pacientes a lo largo de todo el ciclo de atención. Además, optimiza el uso de los recursos sanitarios y reduce los costos para la sociedad. Este modelo introduce un cambio en el sistema de recompensas, incentivando mejoras en el valor de los servicios en lugar del volumen, mediante modelos de pago alternativos.

En un sistema VBHC, el objetivo principal es satisfacer las necesidades integrales del paciente, basando los pagos en los resultados positivos obtenidos, en lugar de la cantidad de procedimientos realizados. Contrario a los modelos de pago por servicio, que fijan precios según los servicios prestados sin considerar el resultado, la VBHC se enfoca en maximizar los resultados de salud de los pacientes y optimizar tanto los recursos de atención médica como los costos asociados.

El incremento de los consumos con la edad requiere trabajar en el envejecimiento saludable, la gestión efectiva de casos y la mejora en las transiciones de cuidado. Asimismo, es fundamental mejorar la adherencia a los tratamientos y reducir la po-

lifarmacia. Además, se debe modificar el modelo asistencial de la obra social de los jubilados para prevenir modelos de consumo innecesario e ineficiente. Sólo entre el 15% y el 30% de las decisiones profesionales se fundamentan en la evidencia científica independiente.

Es crucial incrementar la difusión de la evidencia científica y facilitar el acceso a la capacitación continua para los profesionales de salud, con el fin de que sus decisiones se basen más sólidamente en dicha evidencia.

Además, es necesario rediscutir con todas las asociaciones científicas las indicaciones propuestas para el uso de medicación de alto costo. Se requiere fortalecer de manera rigurosa, con inversión adecuada y un compromiso político firme, la atención primaria ampliada y expandida.

Se debe solicitar que las entidades de prepagos y las obras sociales implementen auténticos planes de salud, incorporando médicos internistas y de familia/generalistas que posean una perspectiva integral de los pacientes, sus familias y comunidades.

Implementar sistemas de pago basados en el desempeño y en los logros obtenidos en el control de enfermedades.

Promover la apertura efectiva de los mercados, fomentando una mayor competencia en el sector farmacéutico, con el fin de reducir los precios de los medicamentos y controlar el gasto.

Fomentar el desarrollo de cuidados paliativos y adecuados cuidados al final de la vida, interviniendo tanto en el paciente como en su grupo familiar, para evitar situaciones de fallecimiento en soledad e institucionalización, alejados de sus seres queridos, como se ha observado en Argentina.

Desarrollar acciones ejemplares sobre la convivencia entre los productores y los

prescriptores profesionales, con sanciones en su ejercicio. Al mismo tiempo de proteger los ingresos del personal de la salud. Evitar situaciones de fraude y abuso.

Actualizar de manera decisiva el Programa Médico Obligatorio para modificar la cobertura actual, minimizando las intervenciones judiciales que puedan interpretarlo como una limitación de derechos, y enfocándolo como una medida para optimizar el gasto y mejorar la eficiencia social.

Controlar las prestaciones y los consumos promoviendo el uso progresivo de la historia clínica electrónica.

Implementar acciones que demuestren el seguimiento de la actitud prescriptiva no racional, basada en intereses más que en evidencia científica.

Implementar medidas para informar a la población sobre el uso adecuado de la cobertura y la solicitud de prestaciones,

asegurando que estas peticiones estén justificadas por una necesidad real. Estas medidas deberán incluir educación en salud.

Conclusiones

Todos los integrantes del sistema de salud, desde las distintas posiciones, deben actuar con vocación y profesionalismo en las acciones relacionadas con la contención del aumento del gasto. Aunque no se podrá evitar completamente este incremento, es necesario atenuarlo para que el sistema de salud no llegue a la insolvencia. Por el actual camino, la prestación de salud cada vez será más ineficiente y costosa. Esto afecta fundamentalmente a las personas sin voz como al personal sanitario, que diariamente intenta ayudar dentro de un sistema influenciado por las fuerzas del mercado y el poder de los financiadores. 

“Por el actual camino, la prestación de salud cada vez será más ineficiente y costosa”



Tu tranquilidad es nuestro propósito

Implementamos la última tecnología en nuestros procesos de almacenamiento, distribución, y en cada servicio que involucra nuestro trato con vos, entendiendo que finalmente, lo importante es que solo te ocupes de seguir con tu vida.



SCIENZA

www.scienza.com

OSR

technology

Sistema automático de almacenamiento y preparación de alto rendimiento.