

Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud

Nota 1: Introducción

Ursula Giedion
Ana Lucía Muñoz
Adriana Ávila

**División de Protección
Social y Salud**

**NOTA TÉCNICA N°
837**

Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud

Nota 1: Introducción

Ursula Giedion
Ana Lucía Muñoz
Adriana Ávila

Julio 2015

Catalogación en la fuente proporcionada por la
Biblioteca Felipe Herrera del
Banco Interamericano de Desarrollo
Giedion, Úrsula.

Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud: nota 1:
introducción / Úrsula Giedion, Ana Lucía Muñoz, Adriana Ávila.

p. cm. — (Nota técnica del BID ; 837)

Incluye referencias bibliográficas.

1. Public health. 2. National health services. 3. Medical care—Government
policy. I. Muñoz, Ana Lucía. II. Ávila, Adriana. III. Banco Interamericano de
Desarrollo. División de Protección Social y Salud. IV. Título. V. Serie.
IDB-TN-837

<http://www.iadb.org>

Copyright © 2015 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



scl-sph@iadb.org

www.iadb.org/Salud

Contenidos

I. Introducción	4
II. Priorización explícita en salud ¿Qué es?	8
III. Brechas crecientes entre recursos y gastos.....	8
a. Recursos disponibles para financiar los servicios de salud de la población	9
b. Presiones sobre el gasto en salud.....	12
Referencias bibliográficas	18

Serie de notas técnicas sobre procesos de priorización en salud

Nota 1: Introducción

Ursula Giedion Ana Lucía Muñoz Adriana Ávila

Resumen

En la actualidad todos los países del mundo se enfrentan al reto de cómo garantizar la eficiencia, la equidad y la sostenibilidad de los sistemas de salud en un contexto donde los recursos disponibles son limitados y las presiones sobre el gasto aumentan día a día. En este marco, la priorización explícita aparece como una estrategia para hacer frente a este desafío. Esta primer nota, de una serie de cuatro, introduce el concepto de priorización explícita y presenta algunas cifras de la brechas existentes entre las necesidades y las posibilidades de financiamiento de servicios de salud, que argumentan la relevancia de la implementación de esta estrategia.

Palabras clave: Salud, Sistemas de Salud, Priorización, Gasto en Salud, Equidad, sostenibilidad financiera.

Códigos JEL: I13, I18, H51

Acrónimos

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BMI	Bajo y Medio Ingresos
CONITEC	Comisión para la Incorporación de Tecnologías de Salud de Brasil
ETS	Evaluación de las tecnologías sanitarias
FONASA	Fondo Nacional de Salud en Chile
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program, Thailand
IETS	Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IMSS	Instituto Mexicano de Seguridad Social
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional en Chile
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LAC	Latino América y Caribe
NICE	National Institute for Clinical Excellence
PAI	Países de Altos Ingresos
PBAC	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee- Australia

I. Introducción

“Ningún país del mundo tiene los suficientes recursos para poder proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en “el país de las maravillas”¹. Así comienza un reciente artículo de Sir Michael Rawlins (Rawlins, 2010), Presidente de NICE (*National Institute for Clinical Excellence*), la entidad pública del Reino Unido que ha sido pionera en el mundo en tomar decisiones acerca de cuáles tecnologías médicas se cubren o no en el sistema público de salud del Reino Unido.

En estas circunstancias, la pregunta ya no es si los gobiernos deben o no tomar decisiones acerca de qué tecnologías financiar, sino de *cómo* hacerlo: ¿Cómo orientar los limitados recursos públicos hacia los servicios de salud que más benefician a la población en un mundo en donde la tecnología sanitaria evoluciona a gran velocidad y las posibilidades y necesidades médicas parecen infinitas mientras que los recursos son limitados? ¿Cuáles tecnologías deberían cubrirse, bajo qué circunstancias y para quién?

Muchos países dentro y fuera de la región siguen tomando estas [inevitables] decisiones de priorización mediante mecanismos implícitos (listas de espera, dilución de la calidad de los servicios, negación de los servicios en el punto de atención, pago de bolsillo alto o racionamiento vía barreras económicas). Otros, cada vez más numerosos, han escogido establecer procesos y criterios explícitos e inclusive una institucionalidad consolidada para poder tomar sus decisiones de cobertura. Las experiencias pioneras en la materia se encuentran en algunos países de altos ingresos como por ejemplo en el Reino Unido con NICE, o en Australia con su *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* (PBAC), seguidos por entidades y procesos de otros países como Francia, Nueva Zelanda, Suecia o España, entre otros^{2 3}. El interés por el establecimiento de este tipo de procesos explícitos, sistemáticos e institucionalizados para poder tomar decisiones de cobertura de manera informada, ya no es del dominio exclusivo de los países de ingresos altos; está emergiendo un grupo cada vez más grande de países de ingresos medios que siguen el mismo camino: el *Health Intervention and Technology Assessment Program* (HiTAP) de Tailandia⁴ o el *Agency for Health Technology Assessment in Poland*

¹ *No healthcare system in the world has sufficient resources to provide all its citizens with the highest possible quality of care; and anyone who believes otherwise is living in 'cloud cuckoo land'* Rawlins “Commentary: the death of clinical freedom” *Int J Epidemiol.* Aug;40(4):848-9.. Traducción de los autores.

² En algunos países, estos procesos se han desarrollado de forma paralela, y de manera más o menos coordinada con el establecimiento de planes explícitos de beneficios en salud

³ Véase Glassman et al., 2012. *Priority-Setting Institutions in Health: Global Recommendations from a CGD Working Group.* *Global Heart* 7 (2012) pp. 13-34. Accepted January 2012.

⁴ Véase www.hitap.net/en

(AHTAPOL)⁵ de Polonia, son dos ejemplos ilustrativos. La región de América Latina y del Caribe tampoco ha sido ajena a estos desarrollos; varios países no sólo han definido planes explícitos de beneficios de salud, sino que han comenzado a interesarse también en la creación de mecanismos que les permiten a sus gobiernos tomar decisiones explícitas de cobertura y de basar sus decisiones de priorización en la evidencia disponible y en procesos sistemáticos, deliberativos y rigurosos. Para hacerlo, algunos ya han creado un marco institucional con la puesta en marcha de entidades, direcciones u órganos públicos encargados de formular recomendaciones sobre cuáles tecnologías existentes o nuevas debieran ser objeto de financiación pública y cuáles definitivamente no. Ejemplos de ello son el recién creado Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS) de Colombia que orientará las decisiones de cobertura de este país o la Comisión para la Incorporación de Tecnologías de Salud de Brasil (CONITEC). Similarmente, Brasil⁶ y México⁷ recientemente han establecido que cualquier tecnología que quiera entrar a los listados de cobertura de sus sistemas de salud, tiene que someterse a un examen de su seguridad, eficacia y costo efectividad, soportado en estudios técnicos realizados por cuerpos especializados.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha reconocido la importancia de este tema en el contexto regional. Como muestra de lo anterior, ha decidido recientemente que la priorización explícita en salud es uno de sus temas prioritarios a abordar dentro de su estrategia sectorial⁸. Asimismo, el BID viene implementando desde mediados del año 2010, un proyecto regional sobre priorización. Este proyecto promueve la transferencia de conocimientos acerca de cómo fortalecer los procesos explícitos de priorización de los servicios de salud tanto en términos de las metodologías que pueden ser aplicadas en diferentes áreas (priorización, costeo, evaluación del impacto presupuestario, costeo, monitoreo etc.), como de los procesos e instituciones que deberían construirse para aumentar la viabilidad técnica y política de éstos.

Con el ánimo de divulgar lo aprendido en el contexto de estas actividades, el BID ha decidido lanzar una serie sobre **Priorización Explícita en Salud**. Aprender de los demás países a través de una red de expertos y entidades de orden nacional e internacional para luego formular recomendaciones contextualizadas, es un ingrediente

⁵ Véase <http://www.aotm.gov.pl/index.php?id=397>

⁶ Ley 12401 de 2011

⁷ Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud, 22 de Junio 2011. <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/compil/index/assoc/HASH01f3.dir/doc.pdf>

⁸ Véase <http://www.iadb.org/es/temas/salud/salud,1238.html>.

fundamental en este proyecto regional de priorización. Las lecciones que de ahí emergieron son de utilidad no sólo para Colombia sino para todos los países en la región interesados en fortalecer sus procesos explícitos de priorización en salud. En vista de lo anterior, surge la idea de la serie de notas técnicas que se inicia con esta.

Además de presentar la serie sobre Priorización Explícita en Salud, el presente primer número, introduce el término de priorización explícita, leitmotiv de la serie, y presenta algunos argumentos y cifras acerca de porque los países de la región están enfrentados a una brecha cada vez más grande entre lo financieramente factible y lo médicamente posible. Ello como fundamento de la necesidad de la priorización explícita en salud. La segunda nota técnica, **Un Enfoque Sistémico**, aborda la priorización explícita de servicios de salud como una serie de pasos y procesos conectados, realizados de manera organizada por diferentes actores y entidades, con base en múltiples insumos que alimentan el proceso, y que tienen un resultado común: definir cuáles tecnologías sanitarias serán cubiertas con recursos públicos. La tercera nota técnica en esta serie: **Lecciones Emergentes de Experiencias de Entidades de Evaluación de Tecnologías en Salud**, revisa de manera comparativa los objetivos, el diseño y la implementación de ocho países para indagar sobre los institutos de evaluación de tecnologías, por fuera y por dentro de la región de América Latina y el Caribe, encargados de orientar las decisiones de cobertura de tecnologías médicas. En esta se describen aspectos tales como la misión y el rol que cada uno de estos institutos desempeña en su sistema de salud, su financiación, su figura jurídica, su composición en términos de cantidad y perfil de su talento humano, y los métodos que usa para evaluar las tecnologías. Un cuarto número, **Recomendaciones para la Estructuración de un Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: caso Colombia**, presenta, con base en la referenciación internacional y en el Sistema de Salud de Colombia, recomendaciones para el Gobierno de Colombia acerca de cómo diseñar e implementar el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS), consagrado legalmente a comienzos del año 2011. Consideramos que los análisis y recomendaciones que ahí se formulan, tienen un interés que trasciende a Colombia; Identifican retos que pueden ser comunes a muchos de nuestros países y las recomendaciones se basan en las mejores prácticas que están emergiendo a nivel mundial. El quinto número de la serie **Análisis Comparativo de las Decisiones de Cobertura de 8 Países para 20 Medicamentos de Alto Costo**, proporciona información sobre las decisiones de inclusión/exclusión en torno a 20 medicamentos de alto costo en 8 países, en el supuesto de que un análisis

comparativo de las decisiones de cobertura en otros países así como los análisis y procesos que los sustentan pueden constituir un insumo útil a la hora de tomar decisiones de cobertura en la región⁹.

De estos estudios y de manera general, de la experiencia ya acumulada por el BID en la región, emergen por lo menos cuatro mensajes fundamentales: (i) la instauración de procesos de priorización explícita no sólo constituyen una estrategia clave para poder manejar las tensiones crecientes entre presiones sobre el gasto y disponibilidad de recursos, sino que están atrayendo un interés creciente por parte de los gobiernos latinoamericanos, (ii) la priorización explícita no puede verse como un ejercicio aislado, desarrollado de manera ad hoc o “de una sola vez”; por el contrario, debe ser visto como un sistema que implica múltiples pasos que se aplican de manera sistemática en el tiempo y donde confluyen muchos actores con un fin común: mejorar la asignación de los recursos escasos en salud para lograr mejores resultados en términos de equidad, eficiencia y calidad; (iii) un número creciente de países le ha prestado especial atención a uno de los pasos fundamentales dentro de este proceso de priorización: la Evaluación de las Tecnologías Sanitarias (ETS) como un insumo fundamental para generar decisiones de cobertura más sólidas y basadas en la evidencia. El uso de la ETS para orientar las decisiones de cobertura es aún muy incipiente y está enfrentando retos serios en términos de la capacidad técnica y de la información requerida; y (iv) la priorización explícita en salud no se limita a la evaluación de tecnologías sanitarias sino que constituye apenas un eslabón de una serie de pasos de un proceso que a partir de las políticas de salud de un país, comienza con el otorgamiento de registros sanitarios y que termina con el monitoreo y vigilancia de las tecnologías priorizadas y la evaluación sobre su impacto en la salud.

⁹ La idea de usar información comparativa sobre decisiones de cobertura ha sido propuesta también por otros. Una nota escrita por Andreas Seiter del Banco Mundial para Turquía en noviembre del 2007 propone lo mismo. Options for improving the process of selecting drugs for the reimbursement list. Not published. And Andreas Seiter, powerpoint presentation. Managing access to innovative (expensive) medicines. 2007. Workshop hold in Malaysia.

II. Priorización explícita en salud ¿Qué es?

La priorización explícita es una estrategia que se implementa para contestar la siguiente pregunta: ¿con los recursos públicos disponibles, cuáles tecnologías sanitarias deberían financiarse para lograr el mayor bienestar posible de la población¹⁰ (en términos de estado de salud, protección financiera, equidad y calidad.)? En línea con lo anteriormente dicho, Hauck et al (2004) definen la priorización como un enfoque más o menos sistemático para distribuir los recursos disponibles entre las demandas existentes, de tal manera que se logre el mejor sistema de salud posible con los recursos que se posee ¹¹. La priorización explícita en salud es entonces una estrategia que de forma sistemática, técnica y transparente busca dar respuesta a cómo se decide la asignación de recursos, involucrando a todos los actores afectados y dando espacio a los valores culturales, sociales, técnicos y políticos que puedan incidir en las decisiones de cobertura.

III. Brechas crecientes entre recursos y gastos.

En esta sección mostraremos que los recursos disponibles en América Latina y el Caribe (LAC) para financiar la salud son limitados y muy inferiores a los de los países más desarrollados, especialmente cuando se trata de los recursos públicos disponibles. A la vez, daremos algunos datos que permiten vislumbrar que la región se ve enfrentada a presiones crecientes sobre sus gastos en salud provenientes de factores como los cambios demográficos, los cambios epidemiológicos y la entrada de un número cada vez más grande de tecnologías médicas nuevas, muchas veces con un costo muy alto.

¹⁰ Intencionalmente no se habla de maximización del estado de salud de la población ya que existen mucho más criterios que éste para priorizar tales como la protección financiera, véase por ejemplo Rob Baltussen and Louis Niessen , Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2006, 4:14, Peter Smith, 2012, Incorporating financial protection into decision rules for publicly financed Health care treatments, *Health Economics*. doi: 10.1002/hec.2774.

¹¹ Traducción de los autores. La versión original dice: Priority setting is a more or less systematic approach to distributing the available resources among demands to fashion the best health care system possible, given the constraints.

a. Recursos disponibles para financiar los servicios de salud de la población

Al comparar la disponibilidad de recursos con otras latitudes, se muestra como nuestra región se enfrenta a restricciones económicas importantes. Como se muestra en la

Figura 1, América Latina y el Caribe se gastan en promedio US\$787 per cápita al año¹² para atender las necesidades de salud de su población; monto cinco veces menor que el que se gasta en promedio en los países de ingresos altos (US\$4.413). Por otro lado, los recursos públicos¹³ asignados a la salud son en promedio cerca de siete veces mayores en los países de ingresos altos (US\$2.757) que en nuestra región (US\$408)¹⁴. Finalmente, la región LAC asigna en promedio una porción más pequeña de sus ingresos a salud que los países de los ingresos altos. Así, mientras que en la región los países asignan en promedio 8% de su PIB a la salud, esa proporción sube a 12% en los países de ingresos altos. Además, como lo muestran las gráficas, en la región existen importantes variaciones respecto a las anteriores cifras. Por ejemplo, mientras que Haití apenas gasta US\$71 per cápita al año para salud, un país cercano como Trinidad y Tobago gasta US\$1.743. Las diferencias son marcadas, no sólo entre países sino también al interior de cada país, en particular entre los sectores privado y público. Por ejemplo, en Brasil, mientras el sistema público cuenta con 42 billones de reales para atender a 200 millones de personas, los planes de salud privados cuentan con una cifra muy parecida (40 billones de reales) para suplir las necesidades de alrededor de una quinta parte de la población (48 millones)¹⁵ o, en el sistema de salud chileno, las Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES, que son las entidades privadas de aseguramiento, gastan en promedio US\$431 per cápita al año mientras que el Fondo Nacional de Salud, FONASA, que es el asegurador público, gasta en promedio US\$228 por persona asegurada¹⁶. Las cifras anteriores dejan en claro que no se puede ofrecer lo mismo en términos de coberturas de las tecnologías médicas (tratamientos, medicamentos, insumos, dispositivos médicos etc.) en los países ricos y pobres y que, además, el sector público no está en capacidad de cubrir lo mismo que el sector privado. Enfrentar esta situación es especialmente difícil en los países de ingresos bajos y medios que caracterizan nuestra región; mientras que todos los países, pobres o ricos, suelen

¹² Ajustados por paridad de poder de compra. Datos para 2009.

¹³ Aquí nos referimos a los recursos que movilizan los sistemas de salud por mandato del Estado, sea vía impuestos a la nómina u cualquier otro tipo de impuestos (impuestos directos e indirectos).

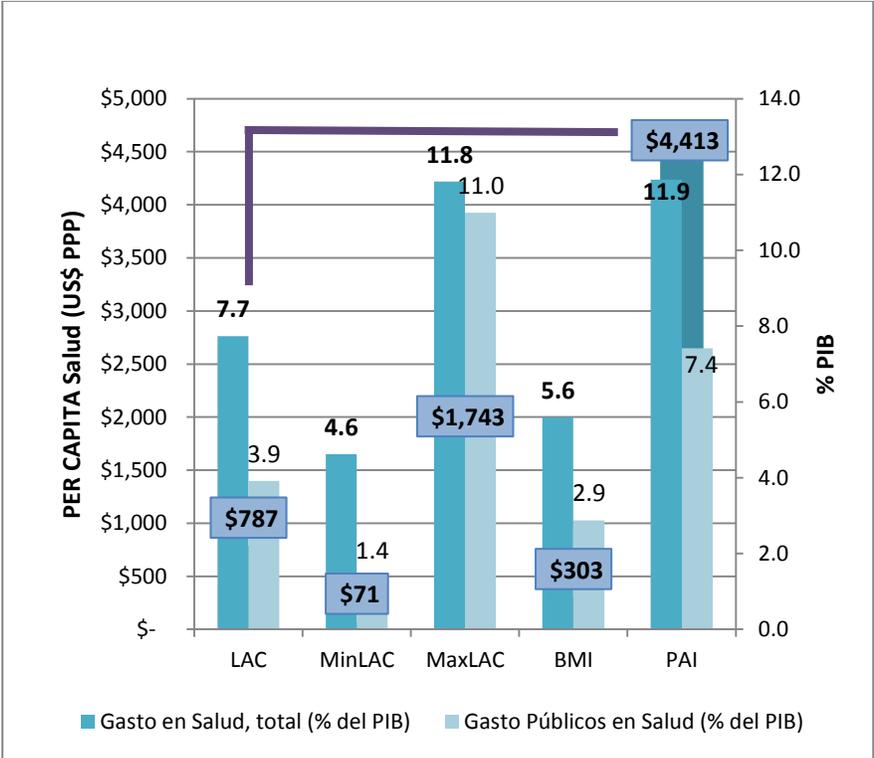
¹⁴ Cálculos de los autores con base en datos del Banco Mundial. Todos los datos para 2009.

¹⁵ Bruno Sobral, El papel de las entidades de vigilancia en promover la cultura de la calidad de los servicios. El caso de Brasil. Presentación powerpoint presentada en el contexto del Congreso Alami, 2012, Bogotá, 8 de marzo.

¹⁶ Estudio BID en desarrollo. Estudios de Caso Planes de Beneficios en la Región.

tener acceso a la información sobre los beneficios de las nuevas tecnologías médicas, los países de ingresos bajos y medios tienen mucho menos recursos para poder financiarlas. Ello crea fuertes tensiones cuando los países deciden excluir algunas tecnologías del financiamiento.

Figura 1 Gasto en Salud en la América Latina y algunos países de referencia, 2009

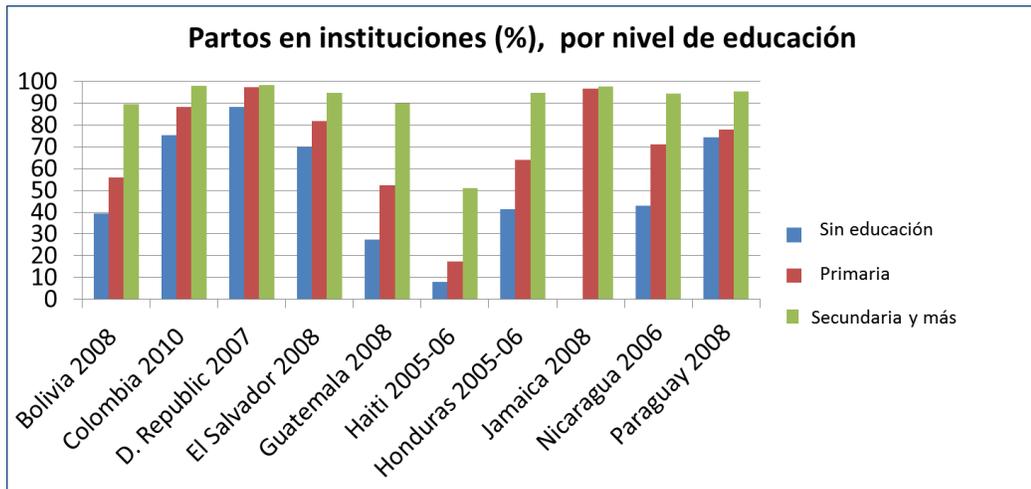


BMI: Bajo y Medio Ingreso; PAI: Países de Altos Ingresos. Fuente: World Bank *data* y cálculos de los autores.

Cabe notar que con estos recursos disponibles los sistemas de salud de la región muchas veces no han logrado cubrir aún las necesidades más básicas, especialmente las de la población más pobre. Así por ejemplo, datos de las encuestas de demografía y salud DHS muestran que muchas mujeres pobres y con bajo nivel educativo, que están embarazadas, no tienen acceso a partos institucionales en varios países de la región (véase figura 2). Para citar otro ejemplo, en muchos países sólo una pequeña proporción de los diagnosticados con diabetes o hipertensión reciben un tratamiento adecuado¹⁷.

¹⁷ Véase *Confronting The Chronic Disease Burden In Latin America and The Caribbean, Health Affairs, December 2010 vol. 29 no. 12, Escobar, Giedion, Pinto, How much health can subsidized health insurance buy for the poor? The case of Colombia, The Brookings Institution, mimeo.*

Figura 2 Porcentaje de Atención de Partos en Instituciones de Salud



Fuente: Autores basados en datos de *Measure DHS*.

Los anteriores datos son importante ya que indican que a la hora de pensar en financiar nuevas tecnologías sanitarias dentro de los sistemas de salud públicos, debiera considerarse que existen muchas necesidades básicas aún no cubiertas que quizás debieran abordarse de manera prioritaria. La importancia de esta elección a la hora de la priorización explícita, deja ilustrarse con un ejemplo proveniente de Colombia; este país cuenta con un plan de beneficios explícito para la población sin capacidad de pago llamado POS-S. Este plan incluía en el año 2012 servicios como la tele terapia lineal, pero al mismo tiempo no cubría las mamografías o el diagnóstico de confirmación para cáncer de cuello uterino, situación que se rectificó sólo a comienzos del 2012 cuando esos servicios fueron finalmente incluidos al plan de beneficios.

b. Presiones sobre el gasto en salud.

En contraposición con la escasez de recursos con los que cuenta la región para responder a las necesidades de servicios de salud de su población, hoy se están presentando presiones importantes sobre el gasto. Por un lado, por unos factores de demanda que implican que la población hoy solicita más servicios como resultado principalmente de cuatro factores: (i) cambios en los perfiles epidemiológicos y demográficos; (ii) mayores expectativas asociadas a mayores niveles de ingresos; (iii) mayor acceso a información respecto a las opciones tecnológicas disponibles para abordar los problemas de salud; y (iv) crecientes esfuerzos para lograr la cobertura universal en salud. Por otro lado existe hoy una oferta cada vez más grande de tecnologías médicas para mitigar los problemas de salud. En lo que sigue se ilustran brevemente como estas presiones generan gastos sobre la salud en la región.

Presiones Sobre la demanda

Como resultado del **cambio demográfico**, la mayor parte de LAC cuenta hoy con poblaciones más longevas, con menores tasas de mortalidad, y menores tasas de fertilidad por lo cual se ha reducido la proporción de niños y jóvenes y se ha aumentado la de los adultos mayores. Estos cambios demográficos implican a su vez mayores requerimientos de recursos para atender a la población. Al respecto, un estudio del Banco Mundial (Gottret 2006), estimó que América Latina tendrá que incrementar el gasto en salud en 47% en sólo 20 años para hacerle frente a los mayores exigencias de gasto en salud de una población no sólo más numerosa sino también cada vez más envejecida. Eso se debe en gran medida a que una persona de edad avanzada gasta en promedio más que una persona joven¹⁸.

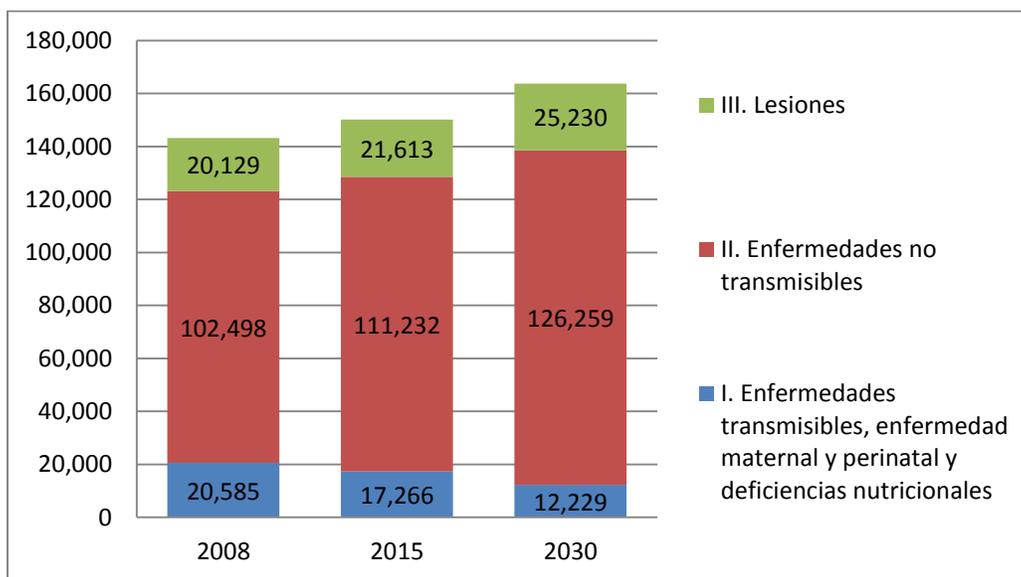
Por otro lado, como se desprende de la Figura 1, se prevén cambios importantes en el perfil epidemiológico de la población: para la región en su conjunto, 72% de la carga de enfermedad medida en años de vida perdidos por mortalidad prematura y discapacidad, se relacionan hoy con enfermedades no transmisibles o crónicas, proporción que se estima alcanzará el 80% en el año 2030 según estimativos de la OMS¹⁹. Una

¹⁸ Una discusión detallada y reciente sobre el tema y, además enfocada en la región de América Latina se encuentra en: *Population Aging: is Latin America ready?*, 2011, Cotlear D. Editor.

¹⁹ *Regional projections of deaths and DALYs for 2008, 2015, 2030.*

característica importante de este tipo de patologías “crónicas” es que son de larga duración e implican gastos permanentes, muchas veces de por vida a diferencia de las enfermedades agudas que suelen implicar episodios de gasto puntuales. De esa manera, atender una población con una mayor prevalencia de enfermedades crónicas suele ser más costoso que atender una población donde prevalecen condiciones infecciosas y agudas. Varios estudios confirman lo dicho anteriormente. Por ejemplo, un estudio encontró que de seguirse la tendencia actual de incidencia en hipertensión y diabetes, México tendría que enfrentarse a un aumento anual del gasto en salud de entre el 5 y el 7% (Arredondo et al. 2005). Cifras igual de preocupantes son citadas por Glassman y colegas para el caso de Brasil, en donde se señala que de mantenerse las actuales tendencias en las prevalencias de enfermedades crónicas, el gasto de atención en salud en Brasil podría duplicarse al pasar de 20 billones de reales a 45 billones en los próximos 40 años. (Glassman, et al. 2010).

Figura 1: Proyección de AVAD²⁰ en las Américas

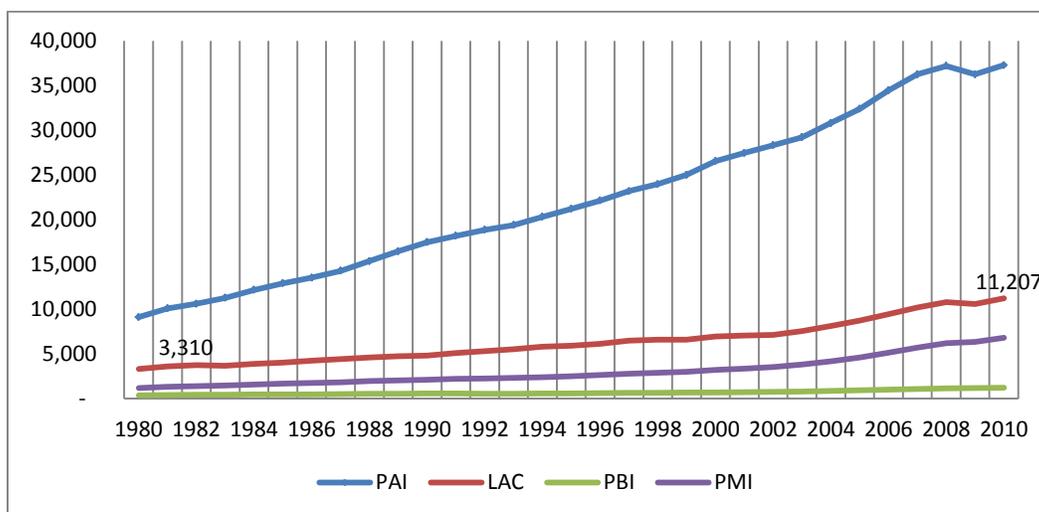


Fuente: Autores con base en datos Organización Mundial de la Salud, Proyecciones de mortalidad y Carga de Enfermedad

www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/projections/en/index.html
²⁰ Años de Vida ajustados por Discapacidad.

El siguiente factor que incide en la demanda de servicios de salud es **el aumento de los ingresos**; la relación de causalidad entre los ingresos de las personas y la demanda en salud ha sido objeto de numerosos estudios que han llegado a concluir que a medida que aumentan los ingresos reales, la demanda agregada para el cuidado de la salud se eleva. Como lo recopiló Ringel et al 2002; Feldstein (1971) utiliza datos de 1958 a 1967 para estimar una elasticidad ingreso de 0,5. Del mismo modo, McLaughlin (1987) encontró una elasticidad ingreso de 0,7 con datos de 1972 a 1982. Estudio realizado por Di Matteo y Di Matteo (1998) utilizaron datos de 10 provincias de Canadá desde 1965 hasta 1991 y encontraron una elasticidad-ingreso similar de 0,8. Los anteriores autores coinciden en afirmar que por cada dólar de ingreso adicional, la demanda en salud aumenta (en 0,5, 0,7 y en 0,8 según cada estudio). Aunque no existen estudios que analizan el fenómeno específicamente en el contexto latinoamericano, sí puede asumirse que el aumento de los ingresos que se observan en la mayoría de los países de la región (figura 2) en las últimas décadas, ha venido acompañado con mayores niveles de demanda de servicios de salud²¹.

Figura 4 PIB per cápita por tipo de países, PPP (US\$, corrientes), 1980-2010



PAI: Países de Altos Ingresos; LAC: Latino América y Caribe; PBI: Países de Bajos Ingresos; PMI: Países de Medios Ingresos Fuente: World dataBank

²¹ En la última década (2000-2010) se estima un crecimiento real de la producción de los países de alto ingreso del 17%, de los países bajo de ingreso del 68% y de 79% para los países de ingreso medio. Para el conjunto de países de América Latina el crecimiento real de la producción, en este periodo, fue de 39%, crecimientos calculados a partir de los datos del Producto Interno Bruto (PIB) en dólares constantes del 2000 en *World dataBank*.

Adicionalmente a los factores señalados, muchos de los países latinoamericanos están hoy en día comprometidos a implementar una política de cobertura universal de salud (véase Tabla 1). Esta expansión del aseguramiento ha significado en todos los casos presiones adicionales importantes sobre el gasto en salud²². Cabe notar que esta búsqueda de una cobertura universal en nombre de la equidad, muchas veces puede entrar en conflicto con decisiones de incluir nuevos servicios a los listados ya existentes, obligando a los tomadores de decisiones a balancear diferentes objetivos a la luz de sus beneficios relativos potenciales.

Tabla 1. Cobertura Universal y gasto en Salud de algunos países en América Latina

País	Cobertura poblacional %	Gasto en salud como % PIB (2009)	% Gasto público en salud (2009)	Gasto per cápita en salud (corrientes US\$ 2009)
Colombia	97	6,42	84,19	323,01
Costa Rica	100	10,47	67,41	668,49
Chile	100	8,18	46,79	787,19
México	98 ^a	6,47	48,26	514,80
Perú	64	4,62	59,56	200,79
Uruguay	95	7,45	63,06	698,16
Argentina	52 ^b	9,53	66,44	730,17

^a Sumando los afiliados así (49% IMSS, 10% ISSSTE y 38% del seguro popular) Fuente: IMSS 2011 citada por Panopoulou G. Presentación sobre Cobertura de tecnologías en salud: El caso México

^b El restante 48% no tiene cobertura explícita y es atendida por el sistema público de salud

Fuente: Gastos en salud: World *data*Bank

²² Para un ejemplo de una estimación del impacto fiscal de un esquema de aseguramiento universal en la región véase Clavijo S. Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances, IMF Working Papers. WP/09/58. 2009.

Presiones Sobre La Oferta

La evidencia sugiere que la disponibilidad de nuevas y mejores tecnologías sanitarias suele aumentar los costos de salud y constituye^{23 24} el mayor determinante del crecimiento del gasto en salud²⁵. En Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado, que el avance de las tecnologías en salud explica entre el 33% y el 50% del incremento del gasto en salud.²⁶ Similarmente, un artículo de *Newhouse* estima que factores como la ampliación de las coberturas de los seguros, el aumento del ingreso, el envejecimiento de la población y la demanda inducida, explican menos de la mitad del crecimiento del gasto en salud, y la mayor parte del incremento no explicado debe atribuirse a los cambios tecnológicos en medicina²⁷. Aunque la innovación tecnológica contribuye a mejores oportunidades de tratamientos para los pacientes, también implican usualmente costos más altos.

Para terminar con la descripción de los factores de presión del gasto en salud, no se puede olvidar mencionar el efecto que la búsqueda y ampliación de los mercados de la industria farmacéutica está ejerciendo. La industria farmacéutica se ha desacelerado a nivel mundial en los últimos años debido a una combinación de factores como la competencia de los genéricos, el vencimiento de patentes de algunos medicamentos “*blockbuster*”²⁸, y una regulación cada vez más restrictiva, especialmente en los países de ingresos altos frente al acceso de los mercados. En este contexto, la industria farmacéutica ha encontrado un nicho de mercado en la región y en especial en los países emergentes²⁹ donde no sólo los ingresos han aumentado de forma importante, sino que también el sector público ha mejorado sustancialmente las condiciones de acceso de la población a los servicios médicos dentro de su búsqueda de cobertura universal. Un artículo (Gennero, 2011) muestra, basado en cifras de *IMS Health*, que en 2010 el mercado farmacéutico de América Latina fue el cuarto en el mundo, movilizándolo alrededor

²³ Véase por ejemplo *Bodenheimer, Annals of Medicine, High and Rising Health Care Costs. Part 2: Technologic Innovation. una 7, 2005 vol. 142 no. 11 932-937.*

²⁴ Según algunos existiría *un drug-offset effect* según el cual nuevos medicamentos de receta bajarían el costo total para la sociedad al reducir las hospitalizaciones entre otros. Para una de esos estudios véase *UPDATE: RESEARCH REPORT. Do Newer Prescription Drugs Pay For Themselves? A Reassessment of The Evidence. Yuting Zhang and Stephen B. Soumerai. Health Affairs, 2007. Health Affairs, 26, no. 3 (2007): 880-886*
doi: 10.1377/hlthaff.26.3.880

²⁵ *How Changes in Medical Technology Affect Health Care Costs (2007).* www.kff.org

²⁶ Mohr, Mueller et al. 2001. Citado por González B. 2010 Incorporación de nuevas tecnologías, salud y gasto sanitario. IV Congreso de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 20-22 enero de 2010.

²⁷ *Newhouse, J. P. (1992): "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?," Journal of Economic Perspectives, 6(3), 3–21.*

²⁸ Los medicamentos “*Blockbuster*” son aquellos que alcanzan ingresos anuales a nivel mundial por encima del billón de dólares. *In European Commission, Pharmaceutical Sector Inquiry, Preliminary Report (DG Competition Staff Working Paper).*

²⁹ Países en vías de desarrollo, que cada vez se destacan más por su crecimiento y mejoramiento en general de su economía y productividad.

de US\$35 millones con un crecimiento promedio de 24%, mucho mayor al crecimiento registrado por América del Norte o Europa que fueron del 3% y 1% respectivamente³⁰.

Luego de haber revisado rápidamente algunas de las cifras que muestran que existen presiones serias sobre los gastos de salud en la región y que la llegada de nuevas tecnologías médicas constituye el determinante del gasto más importante en salud, se impone una pregunta central: ¿Cómo deberían los gobiernos seleccionar las tecnologías que quieren financiar con sus recursos públicos sin poner en riesgo la sostenibilidad financiera de sus sistemas? ¿Qué deben hacer los gobiernos para lograr, dentro de la gran oferta de tecnologías sanitarias escoger aquellos más estratégicos para mejorar la salud de su población? El proceso de priorización explícita de servicios de salud ofrece un importante conjunto de opciones para abordar estas preguntas, en cuanto aborda estructura institucional, procesos, metodologías, información, evaluaciones para llegar a una toma de decisiones en coherencia con todos los retos que ésta conlleva y con el gran objetivo de conseguir otorgar los mejores servicios de salud a la población. Esperamos que el lector encuentre en esta serie de documento técnicos elementos interesantes para la reflexión en el contexto de esta temática.

³⁰ (R. Gennero, 2011) <http://www.pharmaphorum.com/2011/04/06/pharma-emerging-markets-latin-america/>

Referencias bibliográficas

- Arredondo, A., A. Zúñiga, et al. (2005). "Health care costs and financial consequences of epidemiological changes in chronic diseases in Latin America: evidence from Mexico." *Public Health* 119 (8): 711-20.
- Baltussen, R. and Niessen, L. 2006 "Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis, *Cost Effectiveness and Resource Allocation*", 4:14
- Bodenheimer. 2005 "Annals of Medicine, High and Rising Health Care Costs. Part 2: Technologic Innovation". June 7, vol. 142 no. 11 932-937.
- Clavijo S. 2009. "Social Security Reforms in Colombia: Striking Demographic and Fiscal Balances". IMF Working Papers. WP/09/58.
- Gennero, R. 2011. "Pharma emerging markets: Latin America" PharmaPhorum.
- Glassman, A., T. A. Gaziano, et al. (2010). "Confronting the chronic disease burden in Latin America and the Caribbean." *Health Aff (Millwood)* 29 (12): 2142-8.
- Glassman et al., 2012. Priority-Setting Institutions in Health: Global Recommendations from a CGD Working Group. *Global Heart* 7 (2012) pp. 13-34. Accepted January 2012.
- Gottret, P. S., G 2006. "Health Financing Revisited A Practitioner's Guide." The World Bank.
- Hauck, K., Smith P., Goddard, M. 2004 "The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review". HNP Discussion Paper.
- Mohr, P.E. y Mueller, C. et al. 2001: "The impact of Medical Technology on Future Health Care Cost". The project Hope Center, Health Affairs.
- Newhouse, J. P. 1992. "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?," *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), 3–21.
- OMS. 2011. "Estadísticas Sanitarias Mundiales 2011"
- Rawlins MD. 2011 "Commentary: the death of clinical freedom" *Int J Epidemiol.* Aug;40(4):848-9.
- Ringel, J.S., Hosek S.D., Vollaard, B.A. and Mahnovski, S. 2002. "The Elasticity of Demand for Health Care" A Review of the Literature and Its Application to the Military Health system. National Defense Research Institute
- Smith, P. 2012. "Incorporating financial protection into decision rules for publicly financed Health care treatments" *Health Economics*. doi: 10.1002/hec.2774.
- Zhang, Y. and Soumerai, S.B. 2007. *Health Affairs*, 26, no. 3 (2007): 880-886.