

Un gasto eficiente para vidas más sanas

Los sistemas de salud han sido un motor crucial del progreso en materia de salud y bienestar en América Latina y el Caribe. Desde 2000, las grandes mejoras en cobertura de la asistencia especializada en el parto y de inmunizaciones son una prueba de la ampliación del acceso de los ciudadanos a servicios de salud vitales. Estos logros han rendido en términos de mejores resultados de salud, según las mediciones del aumento de la esperanza de vida o la disminución de las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer para abordar las necesidades no resueltas y las inequidades en materia de salud, así como para dirigir el foco de atención hacia las enfermedades crónicas, que actualmente representan casi las tres cuartas partes de las defunciones y de los años de vida perdidos debido a muerte prematura y discapacidad.

Los argumentos a favor de continuar invirtiendo en salud son sólidos. Estimulados por la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), los países de América Latina y el Caribe están implementando políticas y programas destinados a alcanzar la cobertura universal de salud, es decir: garantizar que todas las personas puedan tener acceso a los servicios que necesitan sin sufrir dificultades financieras (OMS, 2010). Garantizar un acceso asequible a servicios de salud de alta calidad para todos requiere que los gobiernos estudien si los avances hacia la cobertura universal son factibles con los actuales niveles de inversión en el sistema de salud y, si las condiciones macroeconómicas lo permiten, movilicen recursos adicionales y aumenten el espacio fiscal para la salud.

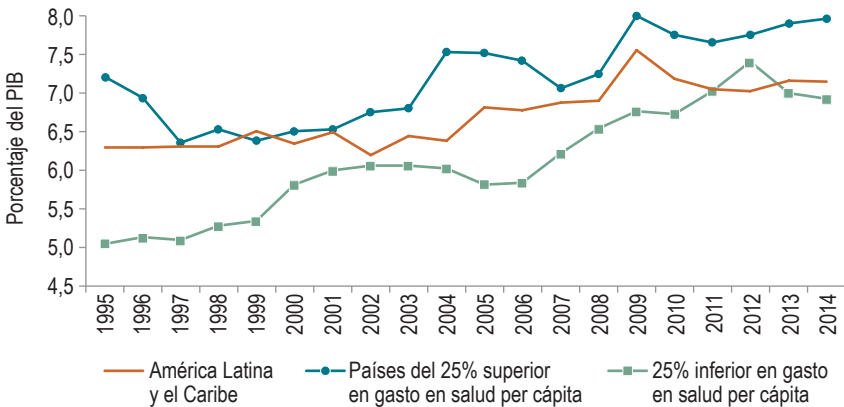
Sin embargo, como se señaló en el capítulo 1, numerosos países de la región anticipan más restricciones presupuestarias. Por consiguiente, las políticas deben centrarse en mejorar la eficiencia de la atención de salud invirtiendo en intervenciones que logren los mejores resultados de salud e implementando esas intervenciones de manera adecuada. Lograr la cobertura universal de salud requerirá no solo más dinero para la salud sino también más salud por dólar invertido.

¿Qué es la eficiencia y por qué importa?

La producción de servicios de salud utiliza insumos —recursos humanos, infraestructura física, medicamentos, equipos médicos e información— para mejorar los resultados de salud. Habitualmente se utilizan dos dimensiones de la eficiencia para examinar esta función de producción: eficiencia en la asignación y eficiencia técnica. La primera significa “hacer las cosas correctas”. Se logra asignando recursos a la combinación de servicios sanitarios que obtiene la mayor ganancia en resultados de salud para un nivel de gasto total, o que requiere el menor gasto para una determinada mejoría en salud. Esto es lo que usualmente se conoce como “obtener valor por dinero” en la atención sanitaria. Una asignación ineficiente tiene origen en una selección inadecuada de prioridades, falta de guías de práctica clínica, reportes incompletos sobre desempeño o, sencillamente, en una gobernanza inadecuada del sistema (Smith, 2016).

La eficiencia técnica se refiere a lograr el máximo nivel de producto(s) con una determinada cantidad de insumo(s) en el marco del proceso tecnológico predominante. Significa “hacer las cosas bien”, lo cual se logra cuando los productos se obtienen con la menor cantidad posible de recursos o insumos. La ineficiencia técnica surge al utilizar inadecuadamente los insumos en el proceso de producir productos valorados. El desperdicio de insumos en cualquier etapa del proceso de producción significa que el producto estará lejos de lo que se podría obtener para un nivel determinado de recursos. Esto es lo que sucede cuando se duplican exámenes, se dan reingresos evitables, se prolongan las estadías en el hospital más allá de lo necesario o cuando los costos unitarios podrían ser más bajos. La ineficiencia técnica surge sobre todo a nivel del proveedor y del profesional médico —aunque también está presente en el nivel institucional— y puede ser el resultado de incentivos inapropiados, de una administración débil o constreñida y de información inadecuada.

En el sector de la salud, ambos tipos de ineficiencias son preocupantes por diversos motivos. En primer lugar, puede que los pacientes no reciban la mejor atención posible para un determinado nivel de recursos. En segundo lugar, el consumo excesivo de recursos roba a otros pacientes la posibilidad de tratamiento y ganancias en salud. En tercer lugar, el uso ineficiente de recursos para la salud puede sacrificar oportunidades de consumo en otros ámbitos de la economía, como en la educación. Por último, el desperdicio resultante de una atención ineficiente puede reducir la disposición de la sociedad a contribuir al financiamiento de los servicios de salud, en detrimento de la solidaridad social, del desempeño del sistema de salud y del bienestar social (Smith, 2012).

Gráfico 8.1 Evolución del gasto total en salud, 1995–2014

Fuente: Cálculos propios a partir de la Global Health Expenditure Database de la OMS y de la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: El 25% superior e inferior se obtienen a partir de una muestra de países.

El gasto en atención de salud en la región: la toma de los signos vitales

Entre 1995 y 2014, el gasto total en salud de América Latina y el Caribe como porcentaje del PIB aumentó de 6,3% a 7,2%, de modo que el nivel promedio del gasto total en salud per cápita¹ al final del período era de US\$1.109 (véase el gráfico 8.1).² Estos niveles son inferiores al promedio de US\$4.701 per cápita o 12,3% del producto interno bruto (PIB) gastado en la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en 2014 (GHED, 2017), y la variación es amplia, desde el 4,8% en Argentina hasta el 11,1% en Cuba.

El gasto público promedio en salud como porcentaje del gasto total en salud en la región aumentó del 47,4% al 57%, y en 2014 fue la mayor fuente de financiamiento para la salud. En 2014 el valor del gasto público como porcentaje del PIB era del 3,7%, cifra inferior al umbral recomendado del 5% necesario para financiar los estándares mínimos de servicio (McIntyre et al., 2017; Chatham, 2010). Sin embargo, se observa una gran heterogeneidad en toda la región: en 2014 el gasto público como porcentaje del PIB oscilaba entre el 1,5% en Venezuela y el 6,7% y el 10,5% en Costa Rica y Cuba, respectivamente.

¹ Todos los valores per cápita en esta sección se expresan en dólares internacionales constantes de 2011 según paridad del poder adquisitivo (PPA).

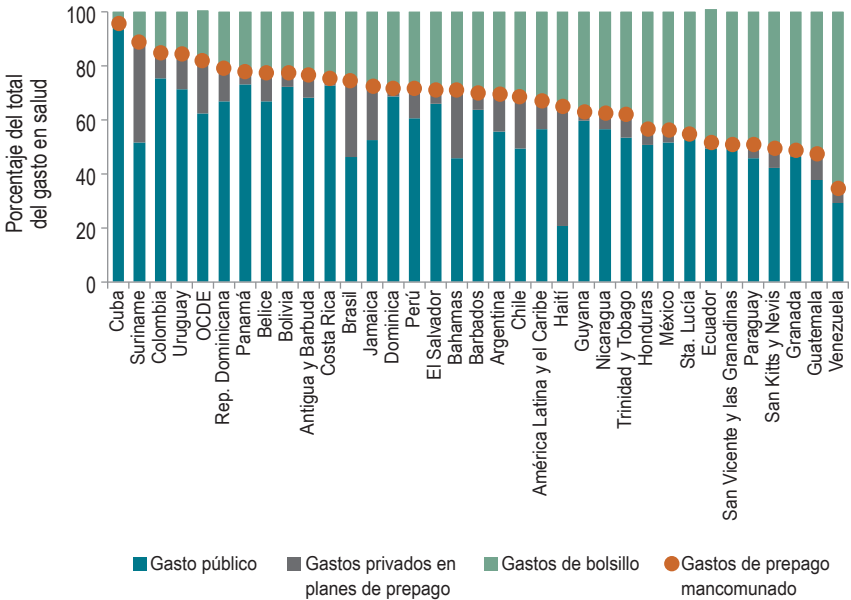
² Sin embargo, las variaciones en el gasto per cápita entre países son amplias, pues van desde US\$131 en Haití hasta US\$2.475 en Cuba.

Aunque el nivel de gasto es importante para los resultados en salud, también lo son las fuentes de financiamiento, particularmente cuando se trata de analizar la protección financiera de los usuarios del sistema de salud (Moreno Serra y Smith, 2011). El gasto total en salud se puede desglosar por sus agentes de financiamiento en: gasto público (del gobierno nacional, incluida la seguridad social), gasto privado prepago (es decir, seguros de salud voluntarios) y gasto de bolsillo (esto es, el monto pagado por las personas de su propio bolsillo además de cualquier monto pagado para seguros). La suma del gasto público y del gasto privado prepago se conoce como gasto prepago mancomunado.³ En el contexto más amplio de los esfuerzos hacia la cobertura de salud universal y de progreso hacia los ODS, el gasto prepago mancomunado es particularmente relevante, dado que indica los recursos de prepago que un país destina directamente a la protección del riesgo financiero y al acceso efectivo a los servicios de salud. Se ha mostrado que los fondos mancomunados tienen una relación causal con las mejoras en el acceso y en la salud pública a nivel transnacional (Moreno-Serra y Smith, 2012; 2014). La composición del gasto total en salud de América Latina y el Caribe en 2014 se muestra en el gráfico 8.2, donde los países están ordenados del más alto al más bajo en términos de gasto prepago mancomunado.

El gasto de bolsillo es un indicador clave de la protección financiera. Niveles por encima del 20% del gasto total en salud están estrechamente asociados con gastos catastróficos y empobrecedores (Xu et al., 2010) y son un indicador del estrés que experimentan los hogares para acceder a los servicios de salud. A pesar de que el gasto de bolsillo en la región ha disminuido del 37% al 33% del gasto total en salud, todavía es el doble de aquel de los países de la OCDE (18%) y es superior al límite del 20% recomendado para la mayoría de los países. El gasto de bolsillo ascendió al 64% y al 52% en Venezuela y Guatemala, respectivamente, y solo cuatro países se sitúan en o por debajo del límite recomendado (Colombia, Suriname, Uruguay y Cuba).

El gasto privado total (prepago privado y gasto de bolsillo) representa un porcentaje mayor en los países donde la capacidad fiscal para mancomunar fondos públicos es baja. En promedio, alcanzó el 43% del gasto total en salud en 2014 en los países de América Latina y el Caribe, por

³ Los datos de Global Health Expenditure Database (GHED) presentan gastos en salud comparables a nivel internacional para todos los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1995 hasta el presente. Para más detalles sobre definiciones y cálculos del gasto, véase el enlace <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>.

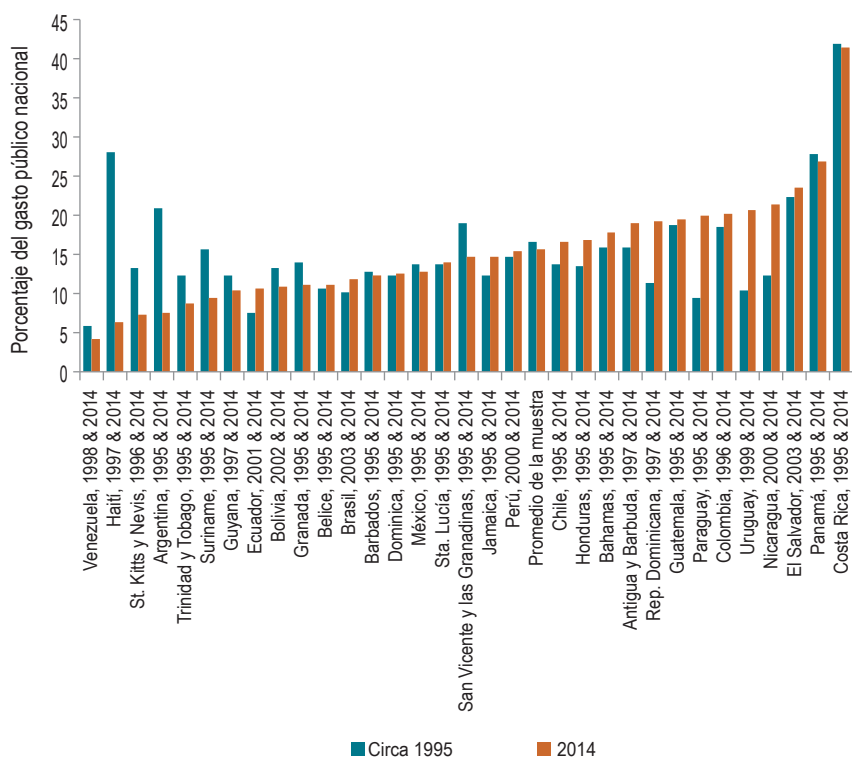
Gráfico 8.2 Gasto en salud según agente de financiamiento, 2014

Fuente: Estimaciones propias sobre la base de GHED (2017).

encima del 38% promedio de la OCDE. En términos generales, el gasto privado prepago comprende la fuente de gasto en salud más pequeña de la región (US\$122 per cápita o el 11% del gasto total en salud en 2014, en comparación con US\$57 per cápita y el 13% en 1995), aunque en países como Haití y Suriname en 2014 llegó al 45% y al 37% del total del gasto en salud respectivamente.

El peso del gasto público en salud en el gasto público nacional puede indicar la prioridad que se adjudica a la salud en el presupuesto público. Mientras que en varios países el peso ha permanecido igual desde los años noventa (por ejemplo, Guatemala, Panamá, El Salvador), en otros ha aumentado (como en Paraguay) o disminuido (como en Argentina). A nivel regional, el gasto público en salud se ha mantenido alrededor del 16% del gasto público nacional (gráfico 8.3).

En un futuro cercano, se prevé que los gastos en salud seguirán escalando, impulsados por factores como el envejecimiento de la población, la creciente incidencia de enfermedades crónicas, los avances socioeconómicos y su consecuente mayor demanda de servicios de salud, así como la adopción de desarrollos tecnológicos (Maisonneuve y Oliveira Martins, 2013). Estas tendencias fortalecen los argumentos a favor de una mayor eficiencia del gasto público en salud.

Gráfico 8.3 Evolución del gasto público en salud, 1995–2014

Fuente: Cálculos propios sobre la base de la OMS, Global Health Expenditure Database; Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial, y datos sobre el gasto en salud pública del BID.

Nota: Los datos iniciales corresponden a 1995 o la fecha más cercana disponible para los años que siguen a 1995.

La eficiencia de los sistemas de salud de América Latina y el Caribe: un andar desparejo

Las métricas de eficiencia para evaluar las reformas del sistema de salud y las intervenciones de política pública son críticas para apoyar la toma de buenas decisiones. Desafortunadamente, en América Latina y el Caribe la evidencia sobre las fuentes y la magnitud de la ineficiencia del gasto en salud es escasa, y deja a los responsables de políticas a oscuras cuando se trata de decidir hacia dónde orientar los esfuerzos de mejora. Para empezar a llenar este vacío de información, en esta sección se proporciona evidencia sobre los resultados de los países de América Latina y el Caribe en términos de la eficiencia del gasto público en salud, desde una perspectiva comparativa regional, así como también a nivel microeconómico.

Una perspectiva agregada

Este capítulo mide los niveles de eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe y sus posibles factores determinantes utilizando análisis envolvente de datos (DEA, por sus siglas en inglés, *Data Envelopment Analysis*). El DEA es útil para identificar cuáles son los países que tienen mejores resultados en la transformación de recursos de salud en mejores productos. El DEA también identifica ámbitos específicos para la acción de las políticas en cada sistema de salud poniendo de relieve aquellos ámbitos en los que un país tiene peores resultados que sus pares.

Este es el primer análisis transnacional de la eficiencia del sistema de salud disponible para el conjunto de la región, en parte debido a la limitada disponibilidad y comparabilidad de los datos de salud. Aunque en América Latina y el Caribe el DEA se ha utilizado sobre todo a nivel de un solo país,⁴ la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OCDE recurren cada vez más a los modelos DEA para comparar la eficiencia de los sistemas de salud en diferentes países.

Este capítulo emplea modelos DEA para establecer referencias de la eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe comparándolos con otros países de ingreso medio y los países de la OCDE. El desempeño de la eficiencia se mide para ocho productos del sistema de salud agrupados en tres categorías (salud: esperanza de vida al nacer y a los 60 años, mortalidad de menores de 5 años y años de vida ajustados por discapacidad [AVAD]);⁵ acceso a los servicios: tasas de inmunización DTP y de atención especializada durante el parto; equidad en el acceso a los servicios: tasas de atención especializada durante el parto rural vs. urbano y más pobres vs. más ricos). El principal insumo en los modelos fue el gasto prepago mancomunado en salud per cápita.⁶

⁴ Para un análisis del DEA en toda la región, véase Hernández y San Sebastián (2014) para Guatemala rural, Ligarda y Ñaccha (2006) para Lima-Perú, Ramírez-Valdivia et al. (2011) para los municipios chilenos, Luis-Rodríguez et al. (2016) para Bucaramanga-Colombia y Varela et al. (2010) para los pequeños municipios brasileños.

⁵ Un AVAD es un año perdido de vida saludable. La suma de AVAD en el conjunto de la población mide la brecha entre el estado de salud actual y una situación de salud ideal, en la que el conjunto de la población vive hasta una edad avanzada, libre de enfermedades y discapacidades.

⁶ Se prefirió el gasto prepago mancomunado en salud per cápita al gasto total en salud per cápita como el principal insumo. Examinar gastos mancomunados enmarca el debate en el contexto más amplio de empujar hacia la cobertura de salud universal y el progreso hacia los ODS. El financiamiento mancomunado indica que hay recursos destinados a la protección del riesgo financiero y al acceso efectivo en el sector de la salud.

La capacidad de un país para maximizar el impacto de los insumos en los productos puede verse afectada por factores externos al sistema de salud, como el desarrollo económico y social del país o su estructura demográfica. Por lo tanto, el PIB per cápita y la población de 65 años y más se incluyeron como variables de control. Desafortunadamente, los indicadores del estilo de vida (por ejemplo, la prevalencia del tabaquismo,⁷ el consumo de alcohol, los patrones de dieta), los factores ambientales (por ejemplo, la contaminación del aire),⁸ la calidad de los servicios y otros factores que pueden influir en el impacto de los insumos en los productos no se tuvieron en cuenta debido a los datos limitados de diferentes países.⁹

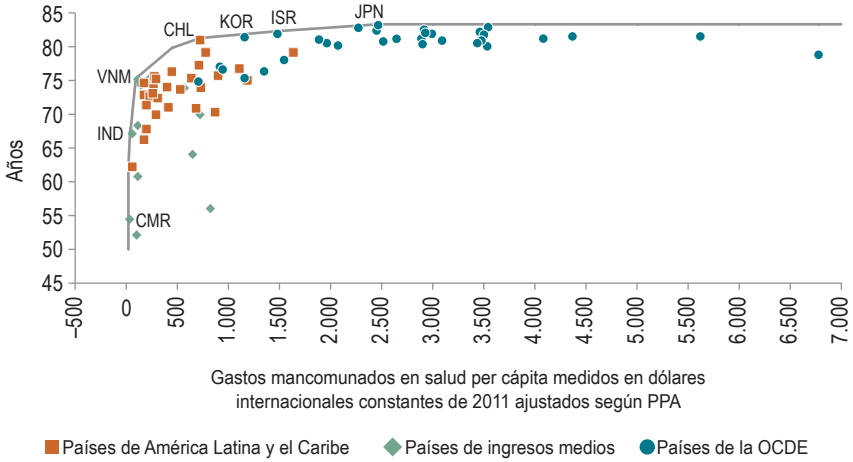
Para cualquier nivel dado de insumos, la eficiencia se mide como el producto de un país en relación con una frontera de eficiencia que establece el límite superior del producto de los países. Por lo tanto, se considera que los países en la frontera de la eficiencia son los más eficientes para su nivel de gasto en salud. Por ejemplo, el gráfico 8.4 muestra la frontera de eficiencia del DEA para un indicador de producto clave, a saber, la esperanza de vida al nacer. La curva que vincula a los países más eficientes (Camerún, India, Vietnam, Chile, República de Corea, Israel y Japón) para diferentes niveles de gastos mancomunados en salud constituye la frontera con la cual se comparan todos los demás países. Como era de prever, los países de la OCDE actúan como pares eficientes para los países de América Latina y el Caribe solamente en muy pocos casos (por ejemplo, República de Corea e Israel), ya que sus niveles de insumos (sobre todo el gasto en salud y el ingreso nacional) suelen ser superiores. La mayoría de los pares se encuentran dentro de la propia región de América Latina y el Caribe o son países de ingreso medio con un buen desempeño en diferentes niveles de insumos (por ejemplo, Vietnam).

Un primer mensaje de los análisis del DEA es que los países de América Latina y el Caribe muestran grandes variaciones en términos de eficiencia

⁷ La prevalencia del tabaquismo no se incluyó porque habrían quedado fuera 10 países debido a la falta de datos, lo cual limitaría la relevancia y comparabilidad de los resultados. Sin embargo, la prevalencia del tabaquismo sí se incluyó entre los insumos para un análisis de sensibilidad, que no dio como resultado ningún cambio relevante en las puntuaciones de eficiencia (por ejemplo, Chile, Costa Rica y Uruguay continuaron estando entre los países más eficientes).

⁸ La evidencia sugiere que un factor determinante principal de la contaminación del aire es el PIB per cápita (Buehn y Farzanegam, 2013). Por lo tanto, la inclusión del PIB per cápita como control debería captar la mayor parte de la influencia de la contaminación del aire en los productos.

⁹ Para más detalles sobre la muestra de los países, indicadores y métodos, véase Moreno-Serra et al. (2018).

Gráfico 8.4 Frontera de eficiencia estimada para la esperanza de vida al nacer

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: La expectativa de vida se calculó promediando datos entre 2011 y 2015, mientras que el gasto en salud se calculó promediando datos entre 2006 y 2010.

del gasto (véase el cuadro 8.1). Chile es el único país de la región en el 25% superior en términos de resultados (octavo lugar); los países de la OCDE ocupan la mayoría de los puestos en ese 25% superior. La alta eficiencia del sistema de salud en Chile se explica por sus resultados en salud consistentemente positivos (esperanza de vida al nacer, mortalidad de menores de 5 años y AVAD perdidos), dados sus insumos. Otros países con resultados regionales relativamente buenos son Barbados (29º), Costa Rica (31º), Cuba (32º) y Uruguay (35º), todos los cuales se encuentran en la mitad superior de las puntuaciones promedio de eficiencia. Barbados y Cuba muestran buen desempeño en la eficiencia, puesto que brindan un acceso más amplio y más equitativo a los servicios de salud.

Sin embargo, 22 de los 27 países de América Latina y el Caribe se sitúan en la mitad inferior de las clasificaciones de eficiencia promedio, y otros 12 en el 25% inferior. Los países con mal desempeño en cada uno de los ocho productos son Bolivia, Ecuador, Guatemala, Guyana, Panamá y Suriname. En general, los países de América Latina y el Caribe tienen resultados particularmente menos eficientes en la provisión de acceso equitativo a los servicios.

Las comparaciones directas entre los países de América Latina con niveles similares de gasto mancomunado en salud (pares) contribuyen a definir ámbitos específicos para mejoras de eficiencia. El gráfico 8.5A compara los países con gastos altos: Brasil, Chile y Costa Rica. A la inversa, el

Cuadro 8.1 Puntuaciones de eficiencia promedio por indicador de producto

País	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 60 años	Mortalidad de menores de 5 años	Años de vida ajustados por discapacidad	Atención especializada en el parto	Inmunización del parto, razón más pobres/más ricos	Atención especializada en el parto, razón más rural/urbano		Eficiencia promedio	Clasificación
							DTP	Atención especializada en el parto		
Japón	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	0,982	1,000	0,989	0,996	2
Rep. de Corea	1,000	0,961	1,000	1,000	1,000	0,998	1,000	0,963	0,993	3
España	0,998	0,967	0,998	0,989	1,000	0,978	1,000	0,986	0,989	5
Israel	0,999	0,971	0,999	0,999	1,000	0,949	1,000	0,963	0,987	6
Italia	0,992	0,962	0,999	0,985	1,000	0,967	1,000	0,988	0,987	7
Chile	1,000	0,982	0,997	0,998	0,999	0,941	—	—	0,986	8
Francia	0,988	0,962	0,998	0,960	1,000	0,996	1,000	0,986	0,986	9
Grecia	0,986	0,946	0,998	0,973	1,000	1,000	1,000	0,987	0,986	10
Luxemburgo	0,981	0,962	1,000	0,965	1,000	1,000	1,000	0,984	0,986	11
Suiza	0,995	0,962	0,998	0,977	1,000	0,972	1,000	0,985	0,986	12
Portugal	0,982	0,944	0,999	0,973	1,000	0,990	1,000	0,987	0,984	13
Suecia	0,984	0,923	0,999	0,969	1,000	0,990	1,000	0,986	0,981	15
Australia	0,987	0,962	0,998	0,976	1,000	0,929	1,000	0,984	0,979	16
Nueva Zelanda	0,979	0,964	0,997	0,969	1,000	0,939	1,000	0,983	0,979	17
Finlandia	0,972	0,923	1,000	0,951	1,000	0,944	1,000	0,986	0,978	18

(continúa en la página siguiente)

Cuadro 8.1 Puntuaciones de eficiencia promedio por indicador de producto (continuación)

País	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 60 años	Mortalidad de menores de 5 años	Años de vida ajustados por discapacidad	Atención especializada en el parto	DTP	Atención especializada en el parto, razón más rural/lurbano		Eficiencia promedio	Clasificación
							Atención especializada en el parto	Atención especializada en el parto, razón más pobres/más ricos		
Islandia	0,990	0,942	1,000	0,982	1,000	0,923	1,000	0,983	0,978	19
Alemania	0,972	0,923	0,998	0,958	1,000	0,973	1,000	0,988	0,977	20
Países Bajos	0,977	0,923	0,998	0,964	1,000	0,974	1,000	0,985	0,977	21
Bélgica	0,969	0,904	0,998	0,950	1,000	0,998	1,000	1,000	0,976	22
Canadá	0,982	0,962	0,997	0,963	0,999	0,919	1,000	0,984	0,976	23
China	0,993	0,844	0,998	1,000	1,000	1,000	—	1,000	0,976	24
Irlanda	0,974	0,923	0,998	0,957	1,000	0,964	1,000	0,925	0,975	25
Noruega	0,981	0,923	0,999	0,954	1,000	0,952	1,000	0,984	0,974	26
Austria	0,975	0,923	0,998	0,952	1,000	0,954	1,000	0,986	0,973	27
Reino Unido	0,974	0,923	0,998	0,945	1,000	0,962	1,000	0,985	0,973	28
Barbados	0,952	0,957	0,993	0,948	0,991	0,932	1,000	1,000	0,971	29
Eslovenia	0,972	0,896	1,000	0,950	1,000	0,964	1,000	0,985	0,971	30
Costa Rica	0,992	0,935	0,997	0,990	0,985	0,917	0,975	0,967	0,970	31
Cuba	0,981	0,885	0,999	0,935	0,998	0,996	—	0,990	0,969	32
Estonia	0,962	0,894	1,000	0,944	1,000	0,962	1,000	0,989	0,969	33
Polonia	0,957	0,862	0,999	0,945	1,000	0,996	1,000	0,984	0,968	34
Uruguay	0,967	0,907	0,996	0,961	0,993	0,963	—	0,988	0,968	35

(continúa en la página siguiente)

Cuadro 8.1 Puntuaciones de eficiencia promedio por indicador de producto (continuación)

País	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 60 años	Mortalidad de menores de 5 años	Años de vida ajustados por discapacidad	Atención especializada en el parto	DTP	Atención especializada en el parto, razón más		Eficiencia promedio	Clasificación
							pobres/más ricos	rural/urbano		
Rep. Checa	0,964	0,885	0,999	0,944	1,000	0,941	1,000	0,985	0,965	36
Dinamarca	0,948	0,885	0,995	0,916	1,000	0,958	1,000	0,983	0,961	37
Estados Unidos	0,934	0,835	0,996	0,911	1,000	0,988	1,000	0,983	0,956	39
Jamaica	0,953	0,955	0,977	0,932	0,981	0,865	1,000	0,978	0,955	40
Eslovaquia	0,938	0,817	0,998	0,895	1,000	1,000	1,000	0,987	0,954	41
Rep. Dominicana	0,940	0,952	0,992	0,852	0,994	0,926	0,954	0,969	0,947	42
Hungría	0,940	0,873	0,992	0,924	0,975	0,937	0,971	—	0,945	43
El Salvador	0,951	0,923	0,990	0,930	0,973	0,895	—	—	0,944	44
Argentina	0,909	0,907	0,992	0,910	0,964	0,964	0,925	0,964	0,942	45
Paraguay	0,939	1,000	0,991	0,950	0,994	0,905	0,861	0,876	0,939	46
Belize	0,925	0,872	0,991	0,878	0,982	0,970	—	0,949	0,938	47
Colombia	0,974	0,894	0,993	0,952	0,961	0,915	—	0,876	0,938	48
Brasil	0,948	0,968	0,992	0,922	0,961	0,820	—	—	0,935	49
México	0,974	0,894	0,993	0,952	0,961	0,915	—	0,876	0,938	50
Venezuela	0,948	0,968	0,992	0,922	0,961	0,820	—	—	0,935	51
Turquía	0,929	0,852	0,991	0,906	0,975	0,978	0,912	—	0,933	52

(continúa en la página siguiente)

Cuadro 8.1 Puntuaciones de eficiencia promedio por indicador de producto (continuación)

País	Esperanza de vida al nacer	Esperanza de vida a los 60 años	Mortalidad de menores de 5 años	Años de vida ajustados por discapacidad	Atención especializada en el parto	Inmunización del parto, razón más pobres/más ricos	Atención especializada en el parto, razón		Eficiencia promedio	Clasificación
							DTP	rural/urbano		
Bahamas	0,919	0,840	0,991	0,856	0,985	0,978	—	—	0,928	53
Ecuador	0,984	0,956	0,986	0,936	0,923	0,955	0,831	0,854	0,916	54
Nicaragua	0,988	0,954	0,995	0,943	0,942	0,997	0,541	0,869	0,904	56
Honduras	0,963	0,991	0,996	0,932	0,874	0,886	0,755	0,827	0,903	57
Suriname	0,888	0,934	0,984	0,902	—	0,869	0,862	0,869	0,901	58
Trinidad y Tobago	0,865	0,727	0,983	0,771	1,000	0,933	0,977	—	0,894	60
Perú	0,967	1,000	0,991	0,968	0,874	0,913	0,657	0,727	0,887	61
Panamá	0,965	0,954	0,989	0,930	0,925	0,818	0,720	0,774	0,884	62
Haití	0,973	0,976	0,992	0,909	0,835	0,900	0,416	0,876	0,860	65
Guyana	0,873	0,670	0,974	0,613	0,961	0,976	0,849	0,949	0,858	66
Bolivia	0,891	0,846	0,974	0,768	0,877	0,973	0,675	0,752	0,845	67
Guatemala	0,937	0,931	0,981	0,851	0,641	0,842	0,420	0,674	0,785	69

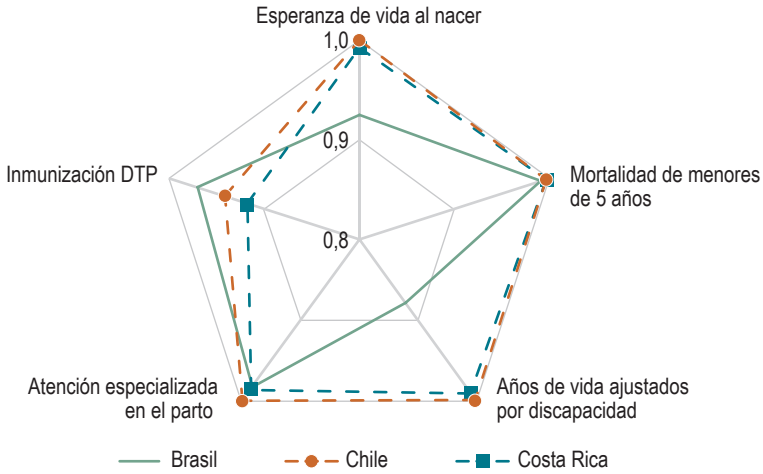
Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de los indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: Basado en datos de 2006-15. Los países con mejores resultados para cada indicador de producto, dado su nivel de gasto, reciben una puntuación de eficiencia de 1. Los países que tienen una puntuación por debajo de 1 se consideran menos eficientes. Por ejemplo, si el país A presenta una puntuación de eficiencia de 0,87, se desempeña en un nivel de 87% en comparación con un país con la eficiencia más alta en la puntuación de gasto. Las puntuaciones de eficiencia promedio para cada indicador de producto han sido calculadas promediando los resultados de tres modelos DEA alternativos utilizando una especificación de "orientación de producto"; el modelo 1 incluye el gasto mancomunado en salud per cápita como el único insumo; el modelo 2 incluye el gasto mancomunado en salud per cápita y el PIB per cápita como insumos; el modelo 3 incluye el gasto en salud mancomunado per cápita, el PIB per cápita y la población de 65 años y más como insumos. Los valores ausentes se marcan como "...". La tabla no muestra a los países de ingreso medio. Sin embargo, las posiciones en el ranking sí lo hacen.

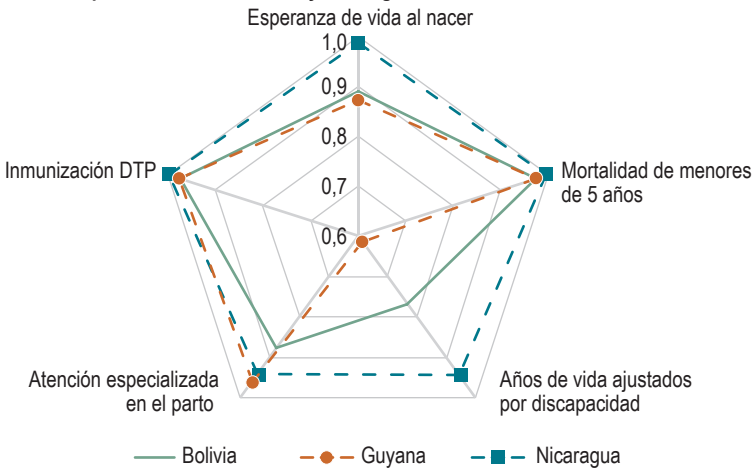
25% inferior

Gráfico 8.5 Comparación de puntuaciones de eficiencia promedio

A. Comparación: Brasil, Chile y Costa Rica



B. Comparación: Bolivia, Brasil y Nicaragua

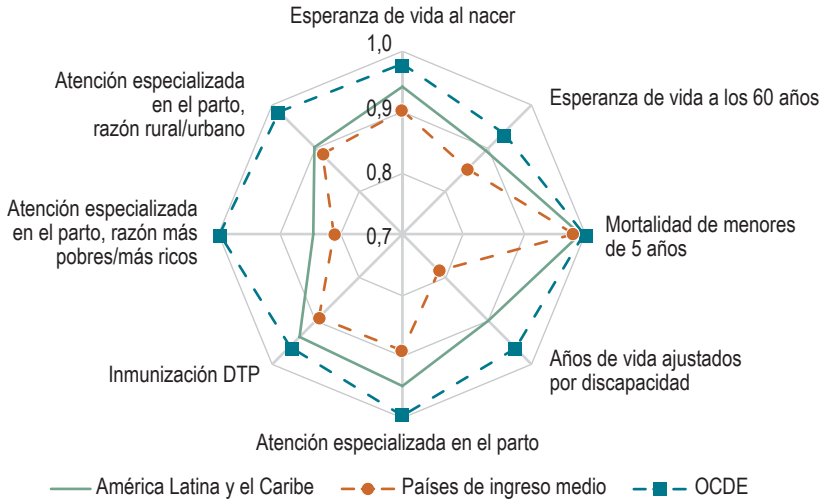


Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: Basado en datos de 2006-15.

gráfico 8.5B compara los países con gastos bajos: Bolivia, Guyana y Nicaragua. Entre los países con gastos más altos, Brasil se aproxima a los niveles de eficiencia de Chile en cuanto a los indicadores de acceso a los servicios más que en los resultados de salud, mientras que Costa Rica tiene mejores resultados de salud que acceso a la atención. Entre los países que gastan poco, los cuellos de botella de eficiencia en cuanto a los resultados de

Gráfico 8.6 Comparación de puntuaciones de eficiencia promedio por grupos de países usando DEA



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: Basado en datos de 2006-15.

salud alcanzados constituyen claramente el principal problema en Guyana, mientras que Bolivia tiene que mejorar tanto la cobertura de los servicios como los resultados de salud.

Un mensaje clave es que hay espacio para mejorar la eficiencia en la región. Los países de América Latina y el Caribe son en promedio menos eficientes que el grupo de la OCDE para cada producto DEA analizado (véase el gráfico 8.6). Además, los países de América Latina y el Caribe son tan ineficientes como el grupo de países de ingreso medio en cuanto a proporcionar acceso equitativo a los servicios. Por el lado positivo, América Latina y el Caribe tiene mejores resultados de eficiencia que los países de ingreso medio en la mayoría de los resultados de salud, y el desempeño de la eficiencia es relativamente parecido al de la OCDE en cuanto a la esperanza de vida a los 60 años y la tasa de mortalidad de menores de 5 años. Esto no significa que tienen los mismos resultados que los países de la OCDE sino, más bien, que son igual de eficientes que los países de la OCDE dado su nivel de desarrollo y cantidad de recursos gastados.

Este análisis sugiere que varios países de América Latina y el Caribe podrían mejorar considerablemente los indicadores de productos de salud a la vez que mantener estable su presupuesto de salud actual si pudieran impulsar la eficiencia hasta la frontera (cuadro 8.2). Por ejemplo, la

Cuadro 8.2 Aumentos potenciales estimados por indicador de producto

País	Esperanza de vida al nacer (años)	Esperanza de vida a los 60 (años)	Mortalidad menores de 5 años (por 1.000 nacidos vivos)	AVAD (por 100.000 hab.)	Atención especializada del parto (puntos porcentuales)	Inmunización DTP (puntos porcentuales)
Argentina	4,6	2,7	8,0	5.530	2,5	5,8
Bahamas	6,1	3,4	9,3	10.017	1,5	2,2
Barbados	3,6	1,0	7,0	3.786	0,9	6,3
Belice	6,4	2,0	7,7	6.189	3,5	3,5
Bolivia	7,4	2,9	24,9	12.952	10,4	2,6
Brasil	5,5	2,8	9,2	8.328	1,8	2,9
Chile	0,0	0,4	2,8	153	0,1	5,5
Colombia	4,5	0,0	8,5	3.638	0,6	8,5
Costa Rica	0,6	1,5	2,9	763	1,5	7,5
Cuba	1,5	2,5	0,9	4.848	0,2	0,4
Ecuador	1,2	1,0	13,4	4.555	7,1	12,3
El Salvador	4,3	1,1	7,6	9.453	0,6	6,8
Guatemala	4,5	1,4	18,2	9.345	22,5	13,1
Guyana	8,4	5,0	24,6	17.246	3,6	2,3
Haití	1,7	0,4	7,1	3.501	6,1	6,2
Honduras	2,7	0,2	3,9	4.570	10,4	9,9
Jamaica	1,3	1,7	6,7	7.318	0,7	5,8
México	2,0	2,3	6,9	3.485	3,7	7,7
Nicaragua	0,9	1,0	4,5	3.788	5,1	0,3
Panamá	2,7	1,1	11,3	5.058	6,9	14,7
Paraguay	3,5	1,6	9,5	4.810	2,6	9,3
Perú	2,5	0,0	8,8	2.331	11,0	7,9
República Dominicana	3,4	1,0	22,4	4.804	1,8	11,6
Suriname	7,9	1,5	15,4	6.880	11,3	11,9
Trinidad y Tobago	9,5	4,9	17,1	14.139	0,0	6,2
Uruguay	2,5	2,0	3,9	2.914	0,7	3,5
Venezuela	3,8	0,7	7,6	5.473	3,7	14,6

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Notas: Los aumentos potenciales para cada indicador de producto se calcularon promediando los resultados de tres modelos DEA alternativos: el modelo 1 incluye el gasto mancomunado en salud per cápita como único insumo; el modelo 2 incluye como insumos el gasto mancomunado en salud per cápita y el PIB per cápita; el modelo 3 incluye como insumos el gasto en salud mancomunado per cápita, el PIB per cápita y la población mayor de 65 años Basado en datos de 2006-15.

esperanza de vida promedio podría alargarse en cuatro años o en un 5,4%. Los aumentos potenciales en la esperanza de vida llegan al menos a siete años adicionales en Bolivia, Guyana, Suriname y Trinidad y Tobago. La mortalidad de los menores de 5 años podría reducirse en 10 muertes por cada 1.000 nacidos vivos o en un 46,5%, con recortes potenciales de más de 24 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en Guyana y Bolivia. Los AVAD perdidos por todas las causas podrían reducirse en promedio en 6.143 por cada 100.000 habitantes (un 19,1%). En relación con el acceso a los servicios, la atención especializada durante el parto podría mejorarse en 4,4 puntos porcentuales (de un 91,9% a un 96,3%) y hasta 22 puntos porcentuales en los países con bajo desempeño como Guatemala. Las tasas de inmunización de DTP podrían mejorar en 7 puntos porcentuales (de un 89,9% a 96,9%) y alrededor de 14 puntos porcentuales en países con bajo desempeño como Panamá y Venezuela. El mensaje para los responsables de las políticas públicas en América Latina y el Caribe es claro: mejorar la eficiencia del gasto puede contribuir a vidas más sanas sin comprometer recursos adicionales.

El ADN de la eficiencia de los sistemas de salud

¿Cuáles son las características que determinan la eficiencia de un sistema de salud? ¿Cómo se explican las diferencias de eficiencia entre distintos países? Las características de los sistemas de salud resultantes de las decisiones de las políticas públicas son de particular interés para los responsables de las políticas, ya que están bajo su control. Por ejemplo, los estudios en los países de ingresos más altos mostraron que las puntuaciones de eficiencia superiores están asociadas con menos aseguradoras (Hadad et al., 2013), con modelos de prestación de servicios de salud donde los médicos de atención primaria controlan la puerta de entrada (Bhat, 2005), y con sistemas de salud descentralizados (de la Maisonnueve et al., 2016).¹⁰

Este capítulo representa el primer intento de dar a conocer evidencia sobre los factores determinantes de la eficiencia de los sistemas de salud que están en relación con las opciones de las políticas públicas en América Latina y el Caribe. Se utilizaron regresiones transversales de Simar-Wilson para estimar la asociación entre las puntuaciones de eficiencia DEA de los países en cuanto a resultados de salud, el acceso a los servicios y la equidad, y tres conjuntos de factores determinantes

¹⁰ Véase Puig-Junoy (1998), Tajnikar y Došenović Bonča (2007), Moreno-Serra et al. (2012), Joumard et al. (2010) para más detalles sobre los factores determinantes institucionales de la eficiencia de los sistemas de salud.

potenciales relacionados con las opciones de las políticas públicas para los cuales hay datos disponibles: 1) organización del financiamiento y prestación de servicios de salud, medida por el gasto de bolsillo como porcentaje del total del gasto en salud, y camas de hospital por cada 1.000 personas; 2) calidad de las instituciones del sistema de salud, medida por la existencia de una visión sectorial a mediano plazo, así como por la capacidad de fijar y monitorear planes y objetivos; y 3) calidad de la gobernanza, aproximada por seis indicadores de gobernanza y su promedio, incluidos: efectividad del gobierno, voz y rendición de cuentas, Estado de Derecho, calidad regulatoria, estabilidad política y ausencia de violencia/terrorismo, y control de la corrupción.¹¹

Resultados de salud. En tres modelos —esperanza de vida al nacer, esperanza de vida a los 60 años y, más marcadamente, mortalidad de menores de 5 años— una mejor gobernanza está relacionada con mejores resultados de salud. Una mayor calidad de las instituciones del sistema de salud—medida por el indicador de la visión sectorial a mediano plazo— también está asociada a una mayor eficiencia en la disminución de las tasas de mortalidad de los menores de 5 años. El financiamiento y la prestación de servicios de salud no parecen influir en las puntuaciones de eficiencia.

Acceso a los servicios. La eficiencia en la provisión de acceso a los servicios (inmunización DTP) está asociada positivamente con la calidad de la gobernanza. La cobertura de los servicios (tanto la atención especializada en el parto como la inmunización DTP) también está asociada positivamente con la calidad de las instituciones del sistema de salud, concretamente, con la existencia de un plan sectorial a mediano plazo.

Equidad en el acceso a los servicios. Una mejor gobernanza también mejora la eficiencia en la provisión de un acceso equitativo a los servicios de salud (medido por las razones de asistencia especializada en el parto entre los más pobres/más ricos y rural/urbano). Por otro lado, la calidad institucional de los sistemas de salud no está asociada con la equidad.

En términos generales, es probable que una mejor gobernanza y calidad institucional de los sistemas de salud influyan en la eficiencia con la que los países traducen un determinado presupuesto para salud en mejores resultados de salud de la población, acceso y equidad en el acceso a los servicios. Sin embargo, se requiere más análisis para establecer una relación causal.

¹¹ Consúltese la página <http://info.worldbank.org/governance/wgi>.

La perspectiva micro: la política farmacéutica y la prestación de servicios de salud

En 2010, el *Informe sobre la salud en el mundo* estimaba que entre el 20% y el 40% de todos los recursos gastados en salud se despilfarran (OMS, 2010). Entre las principales fuentes de ineficiencia técnica que dicho informe identificó, se incluía la combinación inadecuada o costosa de profesionales de la salud, precios altos, baja calidad y uso irracional de medicamentos, calidad asistencial y escala subóptimas de los servicios sanitarios, sobreutilización de productos y servicios sanitarios, y desvíos debidos a la corrupción y el fraude (véase el cuadro 8.3). El informe también señalaba que la principal fuente de ineficiencia en la asignación está relacionada con las inversiones en servicios e intervenciones que no maximizan las mejoras de salud, como gastar más en cuidados curativos para enfermedades crónicas que en medidas preventivas.

La evidencia de ineficiencia se presenta en dos ámbitos clave: política farmacéutica y prestación de servicios de salud (filas 2 y 4 del cuadro 8.3). Una mejora de la eficiencia en estos ámbitos probablemente llevaría a grandes ganancias porque: i) siete de las 10 principales fuentes de ineficiencia en la atención sanitaria en todo el mundo se originan en ellos; ii) se trata de áreas clave para alcanzar la cobertura universal; y iii) la creciente experiencia internacional proporciona evidencia fiable de estrategias que funcionan para abordar problemas de eficiencia en estos ámbitos.

Cuadro 8.3 Principales fuentes de ineficiencia por tipo de insumo del sistema de salud

Insumo del sistema de salud	Fuente de ineficiencia técnica (no utilizar el mínimo de insumos para un nivel de producto)
Personal sanitario	Combinación inadecuada o costosa
Medicamentos	Precios superiores a lo necesario Subutilización de medicamentos genéricos Uso irracional de los medicamentos Medicamentos de baja calidad o falsificados
Productos y servicios sanitarios	Sobreutilización de procedimientos, pruebas y equipos
Servicios de atención sanitaria	Calidad asistencial subóptima y errores médicos Tamaño inadecuado de hospitales Admisión hospitalaria o duración de la estancia inadecuada
Recursos financieros	Desvíos del sistema de salud: corrupción y fraude

Fuente: Elaboración propia, adaptada de Chisholm et al. (2010).

Gasto farmacéutico y uso de medicamentos: una dosis de sentido común

El gasto farmacéutico es una proporción importante de los presupuestos de salud. En los países de la OCDE, uno de cada cinco dólares destinados a salud se gasta en medicamentos (Belloni et al., 2016). Las tendencias del gasto farmacéutico influyen en los patrones generales del gasto en salud. Esto es particularmente relevante en América Latina y el Caribe, donde el gasto farmacéutico ha aumentado en torno al 12% anual de 2013 a 2017, cuatro veces más rápido que en América del Norte y seis veces más rápido que en Europa (Global Health Intelligence, 2015). Las políticas farmacéuticas sólidas son cruciales no solo para reducir esta tendencia sino también para mejorar la relación calidad-precio, dado que cuatro de las 10 principales fuentes de ineficiencia en el gasto en salud están relacionadas con los medicamentos (cuadro 8.3).

Un archivo único de información comparada compartido por Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y República Dominicana, denominado “Decisiones informadas sobre medicamentos de alto impacto financiero” (DIME) se utiliza como la fuente para analizar las políticas farmacéuticas dirigidas a promover la eficiencia así como el uso de dos medicamentos —ertapenem e insulina glargina— para explorar ineficiencias en la adquisición y el uso de medicamentos en esos países.¹² De las políticas claves recomendadas a nivel internacional (Belloni et al., 2016; Vogler y Schmickl, 2010), el cuadro 8.4 muestra aquellas adoptadas por los países DIME.¹³

Las políticas para controlar los precios incluyen la regulación de los precios y mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos (véase el cuadro 8.4). En relación con la regulación de precios, Colombia, Ecuador y El Salvador han adoptado los sistemas de Precios de Referencia Internacional (PRI). Por ejemplo, Colombia tiene referencias de precios de 17 países y adopta el precio del percentil 25 más bajo. Una evaluación inicial del PRI colombiano observó que el precio promedio de los medicamentos que adoptaba el sistema PRI disminuía en un 40% (Andia et al., 2014; Prada et al., 2018). El PRI de El Salvador utiliza como referencia el

¹² DIME es una plataforma desarrollada por el BID para apoyar la toma de decisiones. Los países comparten datos acerca de los precios, la cobertura (inclusión o exclusión de medicamentos en los formularios públicos), la competencia (número de empresas que ofrecen un medicamento), el uso y la efectividad para un grupo de medicamentos con alto impacto financiero.

¹³ La información comparada sobre políticas para reducir medicamentos de calidad inferior y falsificados, una de las fuentes de ineficiencia en los medicamentos, no estaba disponible en la plataforma DIME.

Cuadro 8.4 Políticas para promover la eficiencia en el gasto farmacéutico en los países DIME

Causa de la ineficiencia	Política	Países							
		Chile	Colombia	Costa Rica	Ecuador	El Salvador	México	Perú	República Dominicana
Precios más altos de lo necesario	Regulación de precios	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No
	Mecanismos de negociación/compras centralizadas	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
	Base de datos del gobierno para consultas de precios	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Subutilización de genéricos	Incentivos para la producción o registro de genéricos	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	No	No
Uso irracional	Incentivos para prescripción racional	No	No	No	No	No	No	No	No
	Mecanismos de detección y notificación de uso no aprobados (<i>off-label</i>)	No	Sí	No	No	No	No	No	No
	Uso de Denominación Común Internacional (DCI) para prescribir, etiquetar y comercializar	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí*	Sí	Sí	Sí**

Fuente: Elaboración de los autores, a partir de datos DIME.

Nota: Las causas de ineficiencia “precios más altos de lo necesario” y “subutilización de genéricos” se dividen en dos subcategorías separadas.

* El Salvador no utiliza DCI en la comercialización.

** República Dominicana no utiliza DCI para las prescripciones.

precio promedio de los países de América Latina (excluyendo Centroamérica y Panamá).¹⁴ Chile, Costa Rica, México, Perú y República Dominicana no han adoptado sistemas PRI, por lo cual limitan las potenciales mejoras de eficiencia. Sin embargo, en México la Secretaría de Economía establece un precio máximo para medicamentos al público. Todos los países DIME

¹⁴ Consúltense la página <http://www.medicamentos.gob.sv/index.php/es/normativa-m/reglamentosdnm-m/reglamento-de-precio-de-venta-maximo-al-publico-dnm>.

implementan mecanismos para una negociación y compra centralizada de medicamentos, lo cual contribuye a reducir los precios, porque otorga a los gobiernos mayor poder de negociación y fortalece los procesos logísticos, y minimiza las adquisiciones repetitivas de bajo valor.

La subutilización de medicamentos genéricos es otra gran fuente de ineficiencia. Los medicamentos genéricos tienen el mismo efecto (bioequivalencia) que los productos de marca, pero normalmente cuestan menos (Belloni et al., 2016). Por ejemplo, entre cuatro medicamentos de uso común, la diferencia de precio entre los productos de marca y los genéricos llegaba hasta el 41% (Singal et al., 2011). Por lo tanto, no usar genéricos es ineficiente, dado que los mismos beneficios clínicos se pueden lograr con menos recursos. Colombia, Ecuador, El Salvador y México ofrecen incentivos para la producción o el registro de genéricos (cuadro 8.4). Colombia aplica tarifas más bajas, México ofrece exenciones fiscales, Ecuador simplifica los trámites y El Salvador apoya financieramente las mejoras tecnológicas en las empresas farmacéuticas pequeñas y medianas que producen genéricos y favorece la adopción de estándares internacionales de calidad. Colombia, Ecuador y El Salvador también ofrecen procesos de registro abreviados para los genéricos. Según los datos DIME, a pesar de las potenciales ganancias, países como Chile, Costa Rica, Perú y República Dominicana aún no han aprobado políticas que promuevan los medicamentos genéricos.

En cuanto al uso racional de los medicamentos, este concepto se basa en la premisa de que “los pacientes reciben medicinas adecuadas a sus necesidades clínicas, en dosis que satisfacen sus requisitos individuales durante un período de tiempo adecuado, y al menor costo para ellos y su comunidad” (Holloway y van Dijk, 2011). El uso irracional incluye formular múltiples medicamentos por paciente (“polifarmacia”), no recetar siguiendo guías clínicas, automedicación inapropiada y falta de adhesión a protocolos de dosificación (Holloway y van Dijk, 2011). En relación con las políticas para favorecer la prescripción racional, ninguno de los países DIME proporciona incentivos financieros a médicos o farmacias. Colombia ha realizado el único esfuerzo aislado para detectar y notificar el uso no aprobado de medicamentos,¹⁵ que consiste en una plataforma de recetas electrónicas que detecta este fenómeno, y cuyo costo se reembolsa solo si se presenta evidencia de beneficios clínicos.¹⁶ Desde una óptica positiva, todos los países DIME adoptan

¹⁵ Los usos no aprobados pueden comprender formular un medicamento para una indicación o un grupo de edad diferente para los cuales ha sido aprobado.

¹⁶ En Ecuador, el uso no aprobado de medicamentos puede notificarse de forma voluntaria al Ministerio de Salud Pública. Sin embargo, la información recolectada no se utiliza para promover el uso apropiado de los medicamentos.

la Denominación Común Internacional (DCI). La DCI relaciona un ingrediente farmacéutico activo con un nombre único que es propiedad pública y reconocido globalmente (OMS, 2017). Las recetas, el etiquetado y la comercialización con DCI promueven un uso más racional de los medicamentos al establecer estándares internacionales para productos farmacéuticos y favorecer el uso de genéricos (Vogler, 2012).

La utilización inadecuada de medicamentos es frecuente, como lo ilustra el uso de la insulina glargina y el ertapenem en una muestra de países de América Latina. La insulina glargina se emplea para tratar la diabetes mellitus tipo 2. En América Latina y el Caribe, nueve de cada 100 personas sufren de diabetes y hacia 2040 se prevé que esta cifra alcance a casi 12 de cada 100 personas, lo que sitúa a la diabetes entre las principales causas de enfermedad y muerte prematura en la región (Atlas de la Diabetes, 2017). Por lo tanto, los presupuestos públicos deberían asignar recursos a medicamentos que maximicen los resultados de salud a bajo costo. Sin embargo, el costo del tratamiento por paciente al año con insulina glargina puede ser un 120% más alto que el de la insulina humana, que tiene los mismos beneficios clínicos (Hua et al., 2016; Sánchez Choez et al., 2015; Machado-Alba et al., 2016). Un problema de eficiencia similar surge con el ertapenem, un antibiótico indicado para tratar infecciones bacterianas intrahospitalarias. El ertapenem no se recomienda como la primera línea de tratamiento, puesto que hay medicamentos mucho más baratos con los mismos efectos clínicos.¹⁷ Por lo tanto, su uso debería restringirse para asegurar la disponibilidad de una terapia de segunda línea si fallan los antibióticos de primera línea. Ni la insulina glargina ni el ertapenem se encuentran en la lista de la OMS de medicamentos esenciales (OMS, 2017). Por consiguiente, su uso es potencialmente ineficiente, dado que no se brinda el tratamiento de menor costo para el paciente.

El cuadro 8.5 resume información sobre el gasto per cápita en ertapenem en los países DIME, así como la presencia —o ausencia— de tres opciones de políticas para controlar su uso: la inclusión en un formulario público (cobertura), la aplicación de una evaluación local de las tecnologías sanitarias (ETS) y el desarrollo de guías de práctica clínica (GPC).¹⁸

¹⁷ Estos medicamentos son meropenem e iripenem/cilastatina.

¹⁸ Un formulario público es una lista de medicamentos que se cubren con financiamiento público. ETS se define como “la evaluación sistemática de propiedades, efectos y/o impactos de las tecnologías e intervenciones de salud”. Véase el enlace <http://www.who.int/health-technology-assessment/en/>. Las GPC son “lineamientos desarrollados en forma sistemática para orientar las decisiones entre médicos y pacientes respecto al cuidado de salud adecuado en circunstancias específicas” (Field y Lohr, 1990).

Cuadro 8.5 Gasto, precios y opciones de políticas para el ertapenem, 2017

	Gasto en ertapenem	Gasto en ertapenem per cápita	Precio por dosis diaria definida	Cobertura	Evaluación local de tecnologías	Guías de práctica clínica
Chile	US\$3.674.522	US\$205,17	US\$63,81	Mecanismos excepcionales	No	No
Colombia	US\$12.965.331	US\$266,48	US\$53,95	Mecanismos excepcionales	No	No
Costa Rica	US\$80.520	US\$16,58	US\$53,01	Sí	Sí	Sí
Ecuador	—	—	—	No	Sí	No
El Salvador	—	—	—	No	No	No
México	—	—	US\$21,38	Sí	Sí	No
Perú	US\$724.749	US\$22,81	US\$123,08	Sí	Sí	No
República Dominicana	US\$225.566	US\$21,18	US\$64,48	Mecanismos excepcionales	No	Sí

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos DIME y la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

Nota: Las variables se miden en dólares de EE.UU. corrientes.

El cuadro muestra que el gasto per cápita en ertapenem en Colombia es unas 16 veces más alto que en Costa Rica y 12 veces más que en Perú. Los países que gastan más en ertapenem (Chile y Colombia) ofrecen una cobertura del mismo a través de mecanismos excepcionales, lo que significa que las recetas se permiten en situaciones excepcionales, como demandas legales y aprobaciones caso por caso por parte de comités médicos. Sin embargo, lo que diferencia a Chile y Colombia de países con gastos reducidos como Costa Rica y Perú, es que no han llevado a cabo HTA, ni han desarrollado CPG para el ertapenem, mientras que los países que gastan poco tienen HTA, y Costa Rica también ha desarrollado CPG.

El cuadro 8.6 muestra información similar para la insulina glargina. En este caso, El Salvador y Ecuador adoptaron una política de cero insulina glargina y utilizan insulina humana en su lugar. En Ecuador el gasto en insulina glargina es de US\$0,05 per cápita, en contraste con los US\$734,11 gastados en Colombia o los US\$204,25 gastados en Chile. Dado que el costo del tratamiento por paciente al año con insulina glargina puede ser un 120% más alto que el de la insulina humana, países como Colombia y Chile podrían ahorrar considerablemente al cambiar a insulina humana en sus protocolos de medicamentos.

Cuatro países que proporcionan cobertura pública para la insulina glargina (Colombia, México, Chile y Perú) experimentan los niveles más altos de gasto. En Colombia un análisis del gasto en insulina glargina a lo largo del tiempo confirmó que su despegue ocurrió justo después de su inclusión en

Cuadro 8.6 Gasto, precios y opciones de políticas para la insulina glargina, 2017

	Gasto en insulina glargina	Gasto en insulina glargina per cápita	Precio por dosis diaria definida	Cobertura	Evaluación local de las tecnologías	Guías de la práctica clínica
Chile	US\$3.658.060	US\$204,25	US\$2,82	Sí	No	Sí
Colombia	US\$35.716.784	US\$734,11	US\$0,90	Sí	Sí	Sí
Costa Rica	US\$63.121	US\$13,0	US\$2,39	Mecanismos excepcionales	Sí	Sí
Ecuador	US\$813	US\$0,05	US\$1.35	No	No	No
El Salvador	US\$0	US\$0,00	US\$0	No	No	No
México	US\$7.755.813	US\$60,81	US\$0,26	Sí	Sí	Sí
Perú	US\$1.209.042	US\$38,05	US\$2,05	Sí*	No	No
República Dominicana	US\$157.271	US\$14,77	US\$0,99	Mecanismos excepcionales	No	No

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos DIME y la base de datos de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial para los datos sobre población.

Nota: Las variables se miden en dólares de EE.UU. corrientes.

* La insulina glargina es proporcionada por el sistema de seguro social público contributivo de Perú (Essalud).

el plan de beneficios del país. Es interesante señalar que, entre los países que más gastan, Colombia y México implementaron medidas complementarias para controlar el gasto en insulina (evaluación de tecnologías y guías de práctica clínica). Sin embargo, los niveles de gasto per cápita todavía son altos, lo que implica que la existencia de instrumentos de control no es suficiente; la calidad de su implementación también importa.

Ambos casos sugieren que es probable que el cambio de ertapenem e insulina glargina a sus sustitutos de menor precio liberen otros recursos públicos para servir a un mayor número de pacientes. Desde una perspectiva de políticas, se requiere una mejor articulación de las acciones de las políticas para medicamentos, dado que las decisiones de cobertura que no están respaldadas y reforzadas por rigurosas evaluaciones de tecnología y por guías de práctica clínica pueden comprometer la eficiencia.

Recortar la calidad sale caro

Se ha demostrado que la prestación de servicios de diagnóstico y de tratamiento oportunos y de alta calidad en la atención primaria previene el deterioro agudo, la progresión o las complicaciones en personas enfermas (Manns, 2012). Además, la gestión proactiva de las enfermedades en la atención primaria puede contribuir a contener el gasto en salud, al reducir o incluso evitar la necesidad de visitas de urgencia, hospitalizaciones

o procedimientos complejos más costosos (Rosano et al., 2013; Guanais y Macinko, 2009).¹⁹ La subutilización de intervenciones de atención primaria tiene como resultado tanto calidad subóptima del cuidado como ineficiencia; no solo se pone en peligro la salud de las personas sino que se pierden oportunidades de ahorro. En Colombia, la provisión de pruebas preventivas para pacientes diabéticos por parte del sistema de atención primaria ilustra el caso.

La diabetes constituye una gran carga de enfermedad en Colombia. Los servicios de salud para el manejo de esta enfermedad están cubiertos por el seguro de salud financiado públicamente, que depende de aseguradoras de salud conocidas como Empresas Promotoras de Salud (EPS) para organizar las prestaciones a nivel de la atención primaria. Para promover un cuidado efectivo de la diabetes, el Ministerio de Salud de Colombia desarrolló guías de práctica nacionales basadas en las mejores recomendaciones internacionales (Aschner et al., 2016; American Diabetes Association, 2016). El cumplimiento de estas guías es clave para mejorar los resultados de salud de los pacientes y evitar costos innecesarios, dado que las principales complicaciones de la diabetes (enfermedades cardiovasculares, falla renal, neuropatías, amputaciones), así como la mortalidad, se pueden prevenir o reducir monitoreando la presión sanguínea, la glucosa en sangre (HbA1c), el colesterol y la función renal, mediante visitas ambulatorias y pruebas diagnósticas.²⁰

Un análisis del cumplimiento de las guías de tratamiento para 324.000 pacientes diabéticos afiliados a las EPS del régimen de seguro de salud contributivo²¹ revela que una marcada deficiencia en la provisión de servicios preventivos adecuados produce malos resultados y cuidados más caros (Buitrago et al., 2018). A solo el 15% de la población diabética se le brindaron todas las pruebas recomendadas, que incluían exámenes anuales de glucosa en sangre, colesterol y de función renal. Es todavía más llamativa la variación en el cumplimiento entre diferentes regiones (véanse los gráficos 8.7 y 8.8).

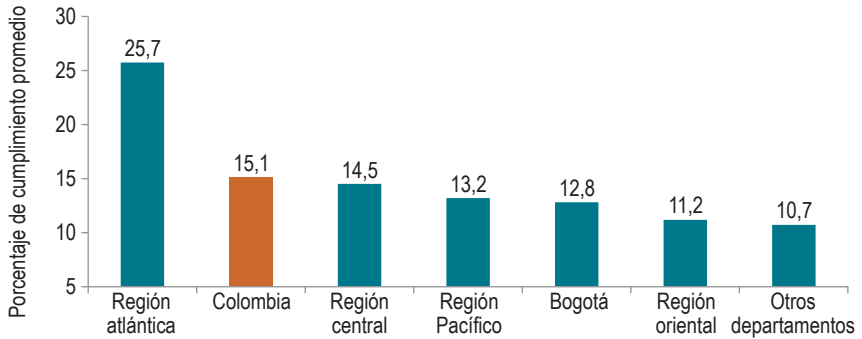
El cumplimiento también varía según el proveedor de las EPS. El cuadro 8.7 muestra grandes fallas en el cumplimiento en todas las pruebas

¹⁹ Las visitas de urgencia y las hospitalizaciones para las denominadas *condiciones sensibles a la atención ambulatoria* (como la hipertensión y la diabetes), que se pueden manejar efectivamente en un contexto ambulatorio, se utilizan como indicadores de la calidad de la atención primaria.

²⁰ Todas estas intervenciones están disponibles a través del plan de beneficios del seguro.

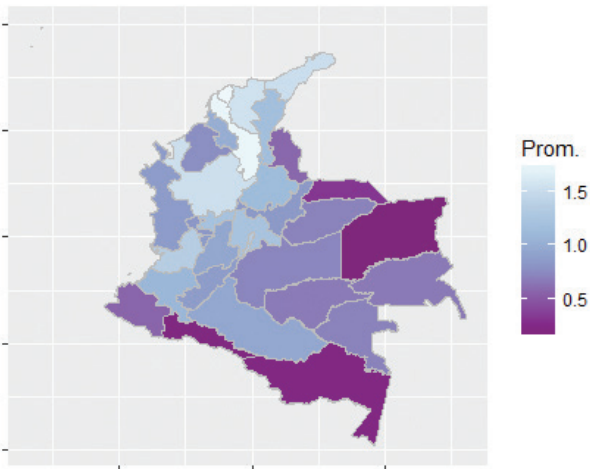
²¹ El régimen contributivo cubre a los trabajadores formales y sus familias y está financiado a través de impuestos sobre la nómina. La muestra incluye a todos los beneficiarios de 10 EPS que abarcaban al 88% de la población de este régimen en 2014.

Gráfico 8.7 Cumplimiento regional promedio con todas las pruebas recomendadas en Colombia, 2014



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de UPC, BDUA y DANE.

Gráfico 8.8 Cantidad anual de pruebas HbA1c por paciente individual en Colombia, 2014



Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de UPC, BDUA y DANE.
Número recomendado = 2.

—la de colesterol es la más notable— y variaciones considerables entre proveedores. Por ejemplo, el cumplimiento completo con todas las pruebas varía entre el 27% para el mejor proveedor y casi cero para el peor. Por lo tanto, la eficiencia no trata solo de la prevención promedio sino también de la provisión homogénea en diferentes regiones y proveedores.

Las políticas de prevención adecuadas para las personas con diabetes pueden contribuir a evitarles costosos episodios de cuidados intensivos,

Cuadro 8.7 Cumplimiento de las pruebas entre los proveedores EPS en Colombia, 2017

Proveedor	Porcentaje de cumplimiento			
	Total	HbA1c	Función renal	Nivel de colesterol
A	11,60	63,99	51,28	18,67
B	0,01	0,07	31,24	9,09
C	10,58	60,56	51,99	17,33
D	22,02	62,53	51,29	41,69
E	7,48	56,60	39,02	12,99
F	0,01	0,06	23,75	12,40
G	20,24	62,74	61,35	26,09
H	17,01	49,88	46,68	40,84
I	0,01	0,01	44,89	6,85
J	26,98	54,68	69,30	35,21
Observaciones	324.046	324.046	324.046	324.046

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de UPC, BDU y DANE.

así como diálisis, revascularización, amputaciones e incluso la muerte. Los resultados de análisis econométricos detallados indican que las pruebas de HbA1c, función renal y de colesterol pueden reducir los resultados de salud indeseables (véase Buitrago et al., 2018). Los resultados también indican que cuanto mayor es el número de diferentes proveedores que un paciente visita (que es un signo de la fragmentación de la atención sanitaria, otra fuente de ineficiencia) peores son los resultados.

El cumplimiento de las pruebas requeridas podría generar aumentos considerables de eficiencia al disminuir la probabilidad de todas las complicaciones, recortando así los costos de tratamiento por medio de la prevención. Tómese el caso de las pruebas de HbA1c, la intervención más importante para el control de la diabetes.

El cuadro 8.8 divide los costos entre aquellos que siguieron un monitoreo completo de la HbA1c y aquellos que no. Los datos sobre el rol de las pruebas de HbA1c en evitar malos desenlaces, junto con la información sobre los costos, permiten una estimación del efecto marginal de cumplir con la HbA1c en materia de costos. El monitoreo completo de la HbA1c reduce el costo anual total por paciente en US\$430, en promedio. En esta muestra, si los 187.585 pacientes que no completaron las pruebas de HbA1c lo hicieran, se podría obtener un ahorro neto de al menos US\$80,7 millones (15% de los costos totales). Teniendo en cuenta que el valor total de las primas pagadas a EPS en 2015 fue de alrededor de US\$5.968 millones, estos ahorros por sí solos, gracias al testeo de los niveles de HbA1c, podrían haber

Cuadro 8.8 Costos del cuidado de la diabetes mediante el cumplimiento con el monitoreo de HbA1c en Colombia, 2017

Tipo de atención para pacientes diabéticos	Total muestra	Monitoreo completo de HbA1c	
		Sí	No
Atención ambulatoria	US\$68.900.000	US\$35.200.000	US\$33.700.000
Atención de complicaciones de diabetes	US\$511.000.000	US\$198.000.000	US\$314.000.000
Costo total	US\$561.000.000	US\$223.000.000	US\$338.000.000

Fuente: Cálculos propios a partir de la base de datos de UPC, BDUA y DANE.

Nota: Todas las variables se miden en dólares de 2015.

reducido aproximadamente el 1,3% del total de gastos. Aunque administrar más pruebas HbA1c aumente los costos de la consulta externa, puede impedir gastos bastante mayores en pacientes que por no recibir todas las pruebas podrían enfrentar más complicaciones.

Por lo tanto, los atajos en la calidad de la atención, bajo la forma de una adhesión no satisfactoria a las pruebas preventivas, pueden impactar negativamente en el uso eficiente de recursos en Colombia. Las bases de datos como la que se usa en este estudio se pueden aprovechar más para orientar acciones de mejora, como es el caso de la utilización de guías clínicas para mejorar los resultados de pacientes diabéticos (recuadro 8.1).

Recetas de políticas

A nivel internacional, las opciones de políticas para mejorar la eficiencia abarcan el lado de la oferta, el lado de la demanda, la administración

RECUADRO 8.1. *BIG DATA* PARA FUNDAMENTAR DECISIONES DE ASIGNACIÓN

Las grandes bases de datos administrativos y clínicos pueden ayudar a evaluar el desempeño de programas de salud en América Latina y el Caribe. Los métodos estadísticos avanzados (aprendizaje dirigido o *targeted learning*) se aplicaron a *big data* de pacientes diabéticos del programa DIABETIMMS en Ciudad de México y en el estado de México para analizar diferencias en el control de la glucosa en sangre de los pacientes. Aquellas clínicas que siguen guías de práctica (programa DIABETIMMS) fueron comparadas con clínicas con una práctica según lo habitual (Hubbard et al., 2018). Las clínicas DIABETIMMS obtienen resultados mucho mejores. Si este programa se hubiera aplicado a todas las clínicas en la muestra estudiada, aproximadamente unos 5.000 pacientes adicionales alcanzarían niveles más bajos de glucosa en sangre. Además, al utilizar una metodología de salud pública de precisión, los análisis pueden predecir qué subconjunto de la población diabética se beneficiará más de DIABETIMMS, facilitando así la focalización de recursos para una asignación más eficiente.

pública, la coordinación y el financiamiento de los sistemas de salud (de la Maisonneuve et al., 2016; Moreno-Serra, 2014). Este capítulo se centra en los aspectos de la gobernanza, las políticas farmacéuticas y la priorización en salud, así como en la reconfiguración de los servicios sanitarios.

La gobernanza y la calidad de las instituciones

La efectividad del gobierno, la transparencia, la participación ciudadana en la formulación de políticas y la calidad regulatoria también influyen de manera favorable en el funcionamiento y la eficiencia del sector público (Wagstaff y Claeson, 2004), que cumple un rol crucial en la organización y la operación de la mayoría de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. El desempeño relativamente eficiente de los sistemas de salud de Chile, Costa Rica y Uruguay puede estar relacionado con las mejoras en la regulación del sector público, la transparencia y la rendición de cuentas a los ciudadanos. Estos países han desarrollado sistemas de gobierno electrónico y están avanzando en mecanismos de adquisición electrónica, que posiblemente hayan ayudado a las mejoras de eficiencia (OCDE, 2014; Scrollini y Durand Ochoa, 2015).

Los sistemas de salud podrían ser más eficientes si mejorasen la calidad de las instituciones de salud. En particular, una visión sectorial a mediano plazo debería estar alineada con la estrategia general del gobierno. Los marcos de gastos a mediano plazo mejoran la relación entre los gastos del gobierno y la planificación de políticas utilizando previsiones de gasto a mediano plazo como la base de los planes de gastos anuales. Por lo tanto, son instrumentos poderosos que pueden tener un impacto en la eficiencia a través de su efecto positivo en la oferta de servicios sanitarios para un determinado nivel de gasto.²² Sin embargo, en algunos casos la implementación de estas previsiones de gasto no han alcanzado los resultados deseados. Adoptar previsiones de gasto a mediano plazo no es suficiente; estas deben estar cuidadosamente diseñadas y se debe adherir rigurosamente a ellas. Las experiencias exitosas con estas previsiones de gasto comparten diversas características: las prioridades de gasto se identifican fácilmente en los marcos de contabilidad; los requisitos de recursos internos para el período siguiente se establecen para alimentar el ciclo de elaboración del presupuesto; el progreso a nivel sectorial se revisa anualmente, y las necesidades presupuestarias y de recursos para el sector se

²² Los marcos de gasto a mediano plazo implementados con éxito se asocian a mejoras en la disciplina y la fiabilidad presupuestaria, así como a una mayor capacidad para enfrentar los problemas fiscales en el sector (Vlaicu et al., 2014).

establecen de manera realista (Gottret y Schieber, 2006). República de Corea es un par eficiente de la OCDE para los países de América Latina y el Caribe que tienen altos gastos y es un buen ejemplo de la aplicación de las previsiones de gasto a mediano plazo para mejorar la responsabilidad fiscal, la capacidad de planificación y la eficiencia del gasto en diferentes ámbitos del gobierno (Banco Mundial, 2013).

Sin embargo, mejorar la calidad de la gobernanza y de las instituciones a menudo requiere reformas organizacionales que exceden las ya mencionadas para lidiar con las ineficiencias en diferentes estructuras y procesos del gobierno (Savedoff y Smith, 2016). Los ámbitos de reforma de los países de América Latina y el Caribe comprenden reducir la fragmentación a través de una mayor coordinación entre diferentes niveles del sistema de salud; apoyar la formación, distribución y productividad de los recursos humanos; e invertir en sistemas de información más sólidos que respalden el monitoreo y la gestión. Y, por último, aunque no menos importante, el acceso a datos detallados es un déficit clave en la mayoría de los sistemas de salud de la región. El hecho de que la mayoría de los países no tiene casi ninguna información disponible sobre cómo se asignan los recursos a los salarios de personal de salud, equipos médicos, adquisiciones de medicamentos, y otras categorías de gasto, refleja la falta de criterio y análisis con la que se adoptan las decisiones de asignación.

Las políticas farmacéuticas y la priorización en salud

Retomando el tema de las políticas farmacéuticas, las estrategias de regulación de precios deben ir más allá de la fijación de precios de referencia internacionales.²³ La evidencia comparada de los países europeos sugiere que los precios de referencia por sí solos no son la mejor opción para optimizar la relación calidad-precio y que deberían complementarse con las demás políticas farmacéuticas (Drummond et al., 2011). En América Latina y el Caribe se hace escaso uso de los incentivos regulatorios y financieros para favorecer la sustitución de genéricos (y, en términos más amplios, para prácticas de prescripción apropiadas), mientras que dicha sustitución existe en la mayoría de los países europeos (Vogler, 2012). Hungría proporciona un buen ejemplo, ya que otorga una recompensa financiera a los médicos o farmacias que receten o dispensen la versión más barata entre medicamentos terapéuticamente equivalentes (Belloni, 2016).

²³ Para más detalles sobre otras estrategias de regulación de precios, como la regulación mediante la tasa de retorno total (TRT) o utilidad, la fijación de precios basada en costos incrementales y la fijación de precios basada en HTA, consúltese BID (2017).

Puede que a los países también les convenga tener en cuenta los resultados de las estrategias regionales para comprar medicamentos y compartir información. En 2016 Mercosur y Unasur negociaron conjuntamente con las empresas farmacéuticas para comprar medicamentos de alto costo para el cáncer. Las plataformas de información regional como DIME pueden favorecer mejores decisiones de asignación. Por ejemplo, Ecuador decidió no incluir la insulina glargina en su formulario público, basándose en una evaluación DIME que comparaba la insulina glargina y la insulina humana (Sánchez Choez et al., 2015). Por otro lado, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) negoció a nivel regional la compra de medicamentos con algunos países DIME (Costa Rica, El Salvador, República Dominicana). Esta política regional disminuyó el precio de los medicamentos seleccionados en un 28%, cifra equivalente a un ahorro de casi US\$13 millones en 2015 (COMISCA, 2015).

Por último, las políticas farmacéuticas deben formar parte de un enfoque sistémico para mejorar la eficiencia de asignación mediante el desarrollo de sistemas de priorización basados en ETS. En numerosos países de la OCDE, las decisiones sobre el financiamiento de tecnologías de salud (fármacos, equipos, procesos clínicos, etc.) con recursos públicos son transparentes, y están apoyadas por un marco legal e institucional y evidencia fiable (Sorenson, Drummond y Kanavos, 2008; Giedion, Muñoz y Ávila, 2012). El establecimiento de ETS en América Latina y el Caribe está aumentando y estas inversiones empiezan a rendir frutos.²⁴ Por ejemplo, en Brasil una ETS de 2010 apoyó el cambio de estatinas (fármacos utilizados para prevenir la enfermedades cardiovasculares) de alto costo a otras de bajo costo en los protocolos nacionales de atención primaria, con un ahorro cercano a US\$2.000 millones para el presupuesto del sistema de salud público (Teich y Araujo, 2011).

Entre los desafíos comunes que todavía tienen que resolverse se incluyen marcos institucionales y regulatorios débiles, limitaciones técnicas en el diseño de instrumentos para la priorización en salud y ETS, y la fragmentación de actores y procesos para evaluar, regular, adquirir y prescribir tecnologías (Buñuelos, 2016; Cañón et al., 2016). Las lecciones de la experiencia de priorización en salud en tres países de América Latina se destacan en el recuadro 8.2.

²⁴ En 2012 América Latina y el Caribe fue la primera región del mundo en adoptar una resolución acerca de la importancia de las ETS en los sistemas de salud. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región tiene 76 instituciones que llevan a cabo alguna forma de ETS, el 49% de ellas en el ámbito público. Hay 12 países que tienen unidades, comisiones o institutos de ETS y en siete países la legislación incluye la ETS en el espacio de decisión pública (BID, 2016).

RECUADRO 8.2. ELEMENTOS CLAVE DE LOS SISTEMAS DE PRIORIZACIÓN EN SALUD

Los estudios de casos de Brasil, Colombia y México ponen de relieve lecciones para implementar prioridades: 1) establecer rigurosas agencias nacionales regulatorias y de vigilancia de las tecnologías de salud; 2) garantizar la independencia y el rigor técnico de las evaluaciones de tecnologías (por ejemplo, en México un comité interinstitucional evalúa la evidencia desarrollada por la industria tecnológica y, en algunos casos, elabora sus propias evaluaciones); 3) construir capacidad de evaluación y retener al personal calificado (por ejemplo, en Colombia los profesionales de las tecnologías de la salud reciben formación y salarios competitivos, similares a los de sus pares en la industria y por encima del nivel del sector público); 4) comenzar con la fijación de prioridades para los fármacos para los que haya un consenso en relación con el impacto en el gasto; 5) desarrollar una política nacional de gestión de la tecnología para apoyar la creación de un sistema de priorización integrado (sencillos cambios incrementales en cada institución por separado pueden dar como resultado mejoras que permanecen en silos). En este caso, el mejor ejemplo es Brasil, que allanó el camino para un sistema de priorización integrado promoviendo un debate que incluía a todos los actores.

Fuente: Giedion et al. (2018).

La reconfiguración de la prestación de servicios de salud

La provisión de una atención sanitaria eficiente y de alta calidad requiere reconfigurar la prestación de servicios de salud de tal manera que la atención primaria se desplace hacia el frente y se integre con otros niveles del sistema de salud. El enfoque de atención primaria se propone mantener a la gente saludable mediante una atención centrada en el paciente, de primer contacto, continua, integral y coordinada (Starfield, 1991) que mejore la salud, reduzca el aumento de los costos y disminuya la desigualdad (Stigler et al., 2017; Kringos et al., 2013).

Dar prioridad a una atención primaria costo-efectiva en la red de salud pública se ha convertido en una característica más habitual en la región y que debería mejorar la eficiencia del gasto en salud. Algunos de los sistemas de salud más eficientes de la región, entre ellos el de Costa Rica y Uruguay, ofrecieron cobertura de atención primaria integral a los ciudadanos desde el comienzo de la implementación de reformas, mientras que los sistemas menos eficientes (por ejemplo, Argentina y Perú) comenzaron con una cobertura limitada y progresivamente ampliaron el paquete de atención primaria (Dmytraczenko y Almeida, 2014). Chile introdujo reformas en

2015 (Plan AUGE) para reforzar la atención primaria como el centro de las redes de atención sanitaria que hacia 2012 abarcaban todo el país.

Sin embargo, las inversiones en atención primaria tienen que avanzar más rápidamente para reducir los gastos excesivos. En 2009 en América Latina y el Caribe se podrían haber prevenido un promedio de 9,6 millones de hospitalizaciones (el 19% del total de egresos) por año mediante una atención primaria accesible, oportuna y adecuada. El costo anual para la región de las hospitalizaciones evitables se estimó en un 2,4% del gasto público total en salud y en un 1,5% del total de gastos en salud (Guanais et al., 2013). Sin embargo, generalmente los sistemas de salud de la región todavía dependen en gran medida de la atención curativa de especialistas, de atención basada en el hospital y de atención más cara en lugar de atención preventiva (Atun et al., 2015). Todavía hay brechas considerables en la manera en que la atención primaria se organiza, se financia y se presta. Por ejemplo, las encuestas realizadas en seis países con atención primaria informan de numerosas dificultades para programar visitas, que más de la mitad de los entrevistados no tienen un proveedor habitual de atención primaria que conozca su historial médico o coordine su cuidado, y que casi la mitad recurrió al departamento de urgencias para una enfermedad que se habría podido tratar en el contexto de la atención primaria (Guanais et al., 2018; Macinko et al., 2016). Cerca del 39% de la población de América Latina y el Caribe consideró que la calidad de la atención primaria era buena, en comparación con el 69% en la OCDE.

Los principios centrales de un modelo de atención primaria podrían acelerarse implementando sistemas y servicios basados en la salud electrónica (D'Agostino et al., 2017). Algunos ejemplos de soluciones digitales que reducen costos y mejoran la eficiencia son: la telesalud y la salud móvil para apoyar el tratamiento de los pacientes en los hogares; instrumentos para agilizar la toma de decisiones clínicas y monitorear protocolos de tratamiento; sistemas de historia clínica electrónica para reducir la variabilidad y mejorar el monitoreo y la adhesión a los protocolos de tratamiento; aplicaciones basadas en análisis de datos para ayudar a los pacientes a gestionar sus enfermedades y mejorar sus opciones de estilo de vida; automatización de los procesos de apoyo de programación de citas y admisiones, así como de la atención de los pacientes (monitoreo remoto de unidades de cuidados intensivos) (Biesdorf y Niederman, 2014). Para que la región alcance el pleno potencial de las mejoras de eficiencia de la transformación digital, se requieren avances más rápidos en el desarrollo de políticas nacionales de salud electrónica (OPS, 2016).

Además, la reconfiguración de la prestación de servicios podría ser más efectiva cuando se acompaña con incentivos y otras estrategias que

disminuyen las variaciones injustificadas y priorizan las intervenciones costo-efectivas. Los países de la OCDE utilizan numerosas mejoras de eficiencia inspiradas en reformas a mecanismos de pago a proveedores, como el sistema P4P.²⁵ La aplicación de un buen diseño de sistemas de pago basados en casos para proveedores en hospitales ha permitido reducir la provisión excesiva de servicios y los gastos en comparación con sistemas de reembolso retrospectivos, sin detrimento de la calidad de la atención (véase Moreno-Serra, 2014, para una revisión). Estas experiencias en establecer estructuras de incentivos y pagos basados en el producto podrían beneficiar a los sistemas de salud de la región que todavía dependen en gran medida de mecanismos de reembolso retrospectivo, como los presupuestos históricos. Chile y Uruguay, dos de los sistemas de salud más eficientes de América Latina y el Caribe, han adoptado algún grado de financiamiento basado en casos para los hospitales, junto con elementos de pago por desempeño para reembolsar a los proveedores públicos, sobre todo en atención primaria.²⁶ A pesar de la ausencia de evidencia dura sobre mejoras de eficiencia medibles, estos esquemas de reembolso en Chile y Uruguay representan un distanciamiento bien acogido —y prometedor— de los presupuestos históricos y los arreglos de pago sin límites por servicios prestados que con frecuencia se usan para el pago de proveedores en América Latina y el Caribe (Dmytraczenko y Almeida, 2014).

La experiencia mundial sugiere que el P4P puede desempeñar un rol clave para mejorar la eficiencia de los sistemas nacionales de financiamiento y prestación de servicios de salud sirviendo como un peldaño hacia la construcción de capacidad de compra estratégica (Soucat et al., 2017). El enfoque P4P cambia la mentalidad de “ejecución pasiva del presupuesto” a una mentalidad de producción activa basada en datos, optimizando la correspondencia entre la asignación de recursos, las actividades de los proveedores y las necesidades de salud de la población. El P4P fortalece los sistemas de salud estimulando inversiones en sistemas de información sanitaria, reestructurando los sistemas públicos de gestión financiera y promoviendo reformas para aumentar la autonomía administrativa de los proveedores. Los países ya no implementan el P4P como un “esquema” o “proyecto”, sino como un paso dentro de un enfoque sistémico hacia la reforma del financiamiento de la salud. Al diseñar esquemas

²⁵ P4P (*pay for performance* o pago por desempeño) es un mecanismo de pago a proveedores que establece un vínculo directo entre la compra y los beneficios. Se retribuye a los proveedores de atención sanitaria sobre la base de datos verificados acerca de la prestación de bienes y servicios definidos (Soucat et al., 2014).

²⁶ Una experiencia bien conocida en América Latina, que ha sido evaluada en forma rigurosa, es el Plan Sumar en Argentina (véase Celay et al., 2015; Gertler et al., 2014).

P4P, se presta más atención a las interacciones con los sistemas de pago de los proveedores existentes, el mercado laboral local, las estrategias de mejora de la calidad y el acceso, los presupuestos públicos y los procesos de gestión financiera, así como la disposición del entorno general para influir en el cambio a nivel de los proveedores (Kutzin, 2014). Por ejemplo, República de Corea, un “par eficiente” de América Latina y el Caribe, lanzó un plan piloto de sustitución del arreglo predominante de pago por servicios prestados por un reembolso basado en grupos de diagnóstico relacionado (DRG, por sus siglas en inglés) y pudo evaluar las consecuencias deseadas y no deseadas de este esquema a nivel de sistema antes de su lanzamiento en el ámbito nacional (Kwon, 2003).

El diagnóstico

Si bien se requiere mucho más para evaluar en profundidad los sistemas de salud de América Latina y el Caribe, este capítulo permite vislumbrar los problemas de ineficiencia y sus factores determinantes clave. Una primera contribución es la producción de métricas de salud sobre eficiencia regional, las cuales son muy necesarias. Pero también aún hace falta mejorar el alcance, la comparabilidad, la oportunidad, la calidad y la utilidad de los datos del sector de la salud en la región. Esta información se requiere para comprender mejor la eficiencia de la asignación en el nivel agregado, por función (por ejemplo curativa versus de rehabilitación), por nivel de atención (primario, secundario, terciario) y por clasificación económica (por ejemplo, salarios, equipos, infraestructura). Asimismo, se precisa más evidencia sobre los factores determinantes de la eficiencia, incluidos los factores del estilo de vida (por ejemplo, prevalencia del tabaquismo) y los factores ambientales, así como evaluaciones institucionales comparables de los sistemas de salud. Utilizando el trabajo de la OCDE sobre las características de los sistemas de salud como ejemplo, se debería realizar un esfuerzo para aumentar la recopilación y disponibilidad de información comparable acerca del financiamiento de la atención de salud, la prestación de servicios sanitarios, la gobernanza y la asignación de recursos.

La búsqueda de la eficiencia del sistema de salud es una preocupación fundamental en todos los países, que se ha vuelto más urgente debido al menor crecimiento económico y a las presiones fiscales, sumados a poblaciones más longevas que harán aumentar los costos de la atención. En América Latina y el Caribe es esencial contar con más y mejores medidas de eficiencia para desarrollar políticas focalizadas y efectivas. La evaluación de las políticas cuyo fin es mejorar la eficiencia también constituye un

imperativo. La construcción de la capacidad de la región para optimizar los resultados de salud de manera eficiente contribuye a promover vidas más sanas para la población actual y futura, sin perjuicios para los presupuestos públicos.

