



El

imperativo de la eficiencia

Estudiantes de enfermería, Hospital Regional de Batangas, ciudad de Batangas, Filipinas.

David Coady, Maura Francese y Baoping Shang

El gasto público en salud debe ser más eficiente para evitar que se vacíen las arcas del Estado

LOS resultados en materia de salud han mejorado considerablemente en todo el mundo durante las últimas cinco décadas. Así, por ejemplo, la expectativa de vida al nacer ha aumentado en aproximadamente 11 años en los países de alto ingreso, 26 en los de ingreso mediano alto, 21 en los de ingreso mediano bajo y 20 en los de bajo ingreso.

Si bien estas mejoras obedecen a una diversidad de factores —como el creciente nivel de ingresos y los avances en tecnología médica— el aumento del gasto público en salud también ha sido importante. En las economías avanzadas, el gasto público aumentó en promedio desde 3¼% del PIB en 1970 a alrededor de 7% en 2012. En las economías de mercados emergentes, el gasto aumentó desde 2¼% en 1995 a 3¼% en 2012, y, durante el mismo período, desde 3% del PIB a 3¼% en las economías en desarrollo.

Aunque un mayor gasto público en salud genera inmensos beneficios, esos aumentos plantean dificultades fiscales para el presupuesto estatal. Ese gasto ya representa una gran proporción de los fondos públicos y se prevé que aumentará aún más (Clements, Coady y Gupta, 2012). En las economías avanzadas que ya deben reducir sus déficits para hacer frente al alto nivel de deuda pública, tales aumentos añadirán presiones fiscales. En las economías de mercados emergentes

y en desarrollo, el gasto público en salud debe competir con otras prioridades de desarrollo, como la educación y la infraestructura.

Muchos países consideran que una mayor eficiencia del gasto público en salud es la forma principal de garantizar que sigan mejorándose los resultados sanitarios sin incrementar la presión fiscal. Contener el aumento del gasto mediante mejoras de la eficiencia quizá también sea más políticamente aceptable que renunciar a mejorar los resultados sanitarios o reducir el gasto en otros rubros. La eficacia de esta estrategia, sin embargo, depende del grado de ineficiencia del sistema sanitario público y la capacidad de los gobiernos para corregirla.

Ineficiencias del gasto

Identificar el grado de ineficiencia del gasto no es tarea fácil.

Primero, *la ineficiencia es difícil de definir* porque el gasto público en salud sirve a más de un objetivo. Según la Organización Mundial de la Salud, los objetivos primarios son mejorar la salud de la población, proteger a los hogares del riesgo financiero y responder a las expectativas de la gente. Pero la mayoría de los estudios sobre la ineficiencia del gasto se concentran en los resultados sanitarios, tales como algún indicador de la expectativa de vida. Aunque pue-

den evaluar bien el objetivo de mejorar los resultados sanitarios —porque la expectativa de vida tiene una alta correlación con otros indicadores de interés en materia de salud— esos estudios brindan solo un panorama parcial.

Segundo, *medir las ineficiencias implica comparar un sistema de salud dado con otro considerado “eficiente”*. Como en la salud pueden influir muchos factores además del gasto, y ellos varían entre los distintos países, es difícil identificar el gasto mínimo requerido para lograr determinados resultados sanitarios.

Fuentes de ineficiencia

De todos modos, los estudios revelan ineficiencias significativas en el uso de los recursos públicos en el sector de la salud. El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* (OMS, 2010), basado en estudios de los sistemas de atención de la salud de todo el mundo, indica que entre 20% y 40% del gasto sanitario total (público y privado) en los países de alto, mediano y bajo ingreso poco contribuye a mejorar la salud de las personas. En un estudio de los países que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), se observó que allí las ineficiencias reducen la expectativa de vida en alrededor de dos años en promedio (Joumard, André y Nicq, 2010). Un estudio más reciente (FMI, 2014), donde se ajusta la expectativa de vida según la calidad de la salud, indica que la pérdida promedio de esperanza de vida sana (EVAS, véase el recuadro) a causa de las ineficiencias asciende a más de dos años (gráfico 1). Considerando que un aumento de 50% del gasto sanitario extendería la EVAS alrededor de un año en promedio, existe entonces un gran potencial para mejorar la eficiencia en todos los países.

Estas ineficiencias tienen numerosas fuentes y una serie de posibles soluciones.

Los datos relativos a los países de la OCDE indican que *el tipo de sistema de salud pública no parece ser un factor importante* (Joumard, André y Nicq, 2010). En la mayoría de los países, la participación del Estado en el sector de la salud es amplia y puede adoptar diversas formas, como la prestación directa de servicios de salud, el financiamiento a través de la tributación y la regulación de los servicios ofrecidos por el sector privado. Pero cuando los sistemas de salud se clasifican de acuerdo con la intervención de mecanismos de mercado en su prestación y financiamiento, las diferencias en la eficiencia dentro de cada grupo resultan mayores que las observadas entre distintos grupos. Esto indica que la eficiencia depende de factores más específicos, como qué incluye el paquete de prestaciones sanitarias, cómo se reembolsa a los prestadores privados, cómo se estructura la distribución de los costos y cómo se elaboran y aplican las directrices clínicas.

Una vida larga y saludable

La esperanza de vida sana (EVAS) representa el número de años que se prevé una persona vivirá con buena salud. Un monto significativo de recursos del sector de la salud se gasta en reducir la gravedad de las enfermedades y mejorar la calidad de vida de las personas. Para reflejar este elemento, el indicador EVAS toma en cuenta la prevalencia, incidencia y duración de las enfermedades y los datos sobre los años que vive una persona en diferentes estados de salud.

La composición del gasto en salud y los servicios de atención sanitaria también es importante. La evidencia muestra que la atención primaria y los cuidados preventivos son en general más eficaces en función de los costos que la atención hospitalaria. Sin embargo, incluso para cada tipo de cuidado, la relación costo-efectividad de los distintos tratamientos difiere significativamente. Por ejemplo, los medicamentos genéricos son tan eficaces como los de marca, pero cuestan significativamente menos. Un paquete de prestaciones públicas debería cubrir o alentar solo los tratamientos más eficaces en función del costo.

También importan la composición y las características de los beneficiarios del gasto público en salud. Es menos probable que los pobres y desfavorecidos tengan un acceso alternativo a la atención si no hay gasto público disponible, de modo que las ventajas de gastar en los pobres serán mayores que si se gasta en los ricos. Los países con poblaciones más saludables tienden a tener un bajo nivel de desigualdad sanitaria.

La OMS (2010) agrupó los principales factores de ineficiencia en cinco grandes categorías: *personal sanitario*, que incluye una plantilla inadecuada o costosa y trabajadores desmotivados; *medicamentos*, que incluye la infrautilización de genéricos y precios innecesariamente altos de los medicamentos, el uso de medicamentos de baja calidad y falsificados, y el uso indebido e ineficaz de medicamentos; *hospitales*, que incluye el uso excesivo de tecnología costosa (como las imágenes por resonancia magnética), tamaño inadecuado de los hospitales, y errores médicos y calidad asistencial insuficiente; *derroche, corrupción y fraude*, y *combinación ineficiente y nivel inadecuado de los tratamientos*. Resolviendo todas esas ineficiencias se podría reducir el gasto sanitario total en más del 40% en promedio (gráfico 2).

Corregir la ineficiencia

Los estudios han identificado varios aspectos cuya reforma podría reducir la ineficiencia del sistema sanitario.

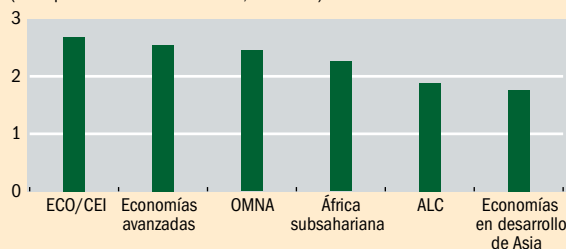
- *Se debería reasignar el gasto en salud orientándolo hacia el uso de servicios y tratamientos más eficaces en función de su costo y dar incentivos para estimular tales prácticas*. Por ejemplo, a menudo la atención primaria y preventiva —que abarca desde las consultas

Gráfico 1

Pérdida de salud

Las ineficiencias de la atención de la salud restan más de dos años de vida saludable al tiempo de vida promedio.

(años perdidos de vida saludable, 2000-10)



Fuentes: FMI (2014) y estimaciones de los autores.

Nota: Los años de vida saludable son el número de años de buena salud que se prevé tendrá un individuo. Los datos abarcan 127 economías: ECO/CEI = Europa central y oriental y Comunidad de Estados Independientes (16 economías); Economías avanzadas (29); OMNA = Oriente Medio y Norte de África (7); África subsahariana (40); ALC = América Latina y el Caribe (24), y economías en desarrollo de Asia (11).

médicas regulares y la inmunización hasta la prevención del VIH, el hábito de fumar y la obesidad— no se brinda ni utiliza en grado suficiente. Esto indica la importancia del papel del Estado en la investigación y desarrollo, la prestación de servicios de salud pública, regulaciones y directrices clínicas y medidas impositivas (Jamison *et al.*, 2013). Asimismo, la distribución de los costos podría estar orientada a alentar el uso de cuidados más eficaces en función de sus costos, particularmente en los países de mercados emergentes y de bajo ingreso donde la cobertura del seguro de salud es incompleta. Estos países deberían tratar de lograr una cobertura universal con un paquete de prestaciones que abarque solo los servicios más esenciales y de mayor eficacia en relación con su costo, hasta que haya más capacidad de financiar un mayor gasto público en salud. Esto no solo contribuiría a reducir la desigualdad sino que también mejoraría la salud general de la población.

- *Los gobiernos deberían fomentar la competencia y la posibilidad de elección.* Se debería permitir la competencia entre aseguradores y prestadores de servicios para atraer pacientes y la difusión de información sobre precio y calidad de esos servicios. Se podría forzar así a los prestadores a ser más eficientes, por ejemplo mediante una combinación adecuada de médicos, enfermeros y personal administrativo y un mejor uso de la infraestructura. Se ha demostrado que una mayor competencia y posibilidad de elección se asocia de manera positiva con mejores resultados sanitarios, aunque los efectos en los costos no resultan tan claros (Gaynor, Moreno Serra y Propper, 2013). Igualmente, la regulación puede cumplir un papel importante en garantizar el correcto funcionamiento del mercado y limitar sus fallas como una insuficiente provisión de atención sanitaria y seguro de salud, en particular en el caso de las economías avanzadas, porque una regulación compleja exige un elevado nivel de capacidad administrativa.

- *Deben mejorarse los sistemas de pago a los prestadores.* Esta reforma incluye pasar de un sistema de cargos por servicios, en el cual se reembolsa al prestador por cada servicio brindado, a

pagos basados en los casos tratados, tales como la capitación (los prestadores reciben un monto fijo por cada paciente a su cuidado) y los grupos relacionados por el diagnóstico, donde el reembolso se basa en la atención estándar del estado del paciente. Estos sistemas pueden contribuir a reducir los incentivos para aplicar tratamientos innecesarios. Sin embargo, para impedir que el tratamiento sea insuficiente, se requieren sólidas directrices clínicas y un cuidadoso seguimiento, como en el caso de la mayoría de las economías que tienen un extenso sector sanitario privado.

- *Debe adoptarse una moderna tecnología informática aplicada a la salud.* La tecnología parece contribuir a mejorar los resultados sanitarios y bajar los costos al reducir los errores médicos y la duplicación de procedimientos y exámenes (Hillestad *et al.*, 2005). Pero se requiere una importante inversión inicial, de modo que la falta de financiamiento puede limitar su adopción en algunos países.

- *Los gobiernos deben mejorar el funcionamiento de las instituciones públicas.* La eficiencia puede reforzarse mediante una asignación coherente de responsabilidades entre los distintos niveles de gobierno (evitando la superposición y los costos administrativos excesivos). La elaboración y aplicación de normas clínicas apropiadas puede contribuir a reducir el uso excesivo o inapropiado de tratamientos. Mejorando la transparencia y el cumplimiento de las regulaciones, en particular las relativas a contrataciones y reembolsos, se pueden reducir la corrupción y el fraude, que parecen ser significativos en todas las economías.

Mejorar la eficiencia del gasto público en salud es fundamental en todas las economías. Las reformas correspondientes deben adaptarse a la situación de cada país. En las economías avanzadas, debido al envejecimiento poblacional y a la elevada deuda pública los gobiernos deben estabilizar o contener el aumento de la relación entre el gasto público en salud y el PIB sin perjudicar los resultados sanitarios. Las economías en desarrollo deben seguir mejorando sus resultados en materia de salud, preservando al mismo tiempo la sostenibilidad de las finanzas públicas. ■

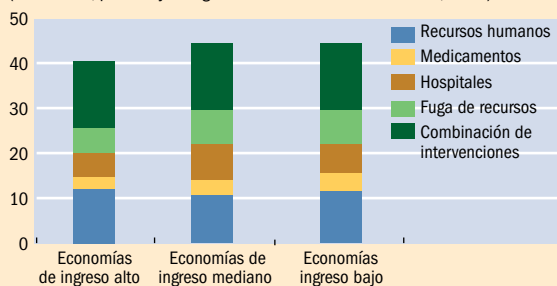
David Coady es Experto Principal en Gasto Social, Maura Francese es Asesora de Asistencia Técnica y Baoping Shang es Economista, todos ellos del Departamento de Finanzas Públicas del FMI.

Gráfico 2

Muchas fuentes

Las ineficiencias de la atención de la salud tienen muchos aspectos.

(ineficiencia, porcentaje del gasto total en atención de la salud, 2010)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (2010).

Nota: Las fuentes de ineficiencia incluyen *recursos humanos* (personal médico y su despliegue); *medicamentos* (infrautilización de los genéricos, uso de medicamentos de baja calidad y falsificados, y uso inadecuado e ineficaz de medicamentos); *hospitales* (uso excesivo de equipamiento y procedimientos); *fuga de recursos* (derroche, corrupción y fraude), y *combinación de intervenciones* (un nivel de tratamiento ineficiente o inadecuado). Los valores presentados se basan en estimaciones de punto medio. Como las mejoras de la eficiencia de distinto origen no son necesariamente aditivas, la OMS estima, de forma conservadora, que entre 20% y 40% del gasto sanitario total se utiliza con escaso efecto en el mejoramiento de la salud.

Referencias:

Clements, Ben, David Coady y Sanjeev Gupta, 2012, *Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies* (Washington: Fondo Monetario Internacional).

Fondo Monetario Internacional (FMI), 2014, *Fiscal Monitor* (Washington, abril).

Gaynor, Martin, Rodrigo Moreno-Serra y Carol Propper, 2013, "Death by Market Power: Reform, Competition, and Patient Outcomes in the National Health Service", *Economic Policy*, vol. 5, No. 4, págs. 134–66.

Hillestad, Richard, et al., 2005, "Can Electronic Medical Record Systems Transform Healthcare? Potential Health Benefits, Savings, and Costs", *Health Affairs*, vol. 24, No. 5, págs. 1103–117.

Jamison Dean T., et al., 2013, "Global Health 2035: A World Converging within a Generation", *The Lancet*, vol. 382, No. 9908, págs. 1898–1955.

Jourard, Isabelle, Christophe André y Chantal Nicq, 2010, "Health Care Systems: Efficiency and Institutions", *OECD Economics Department Working Paper No. 769* (París: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos).

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, *World Health Report—Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage* (Ginebra).