

Capítulo 2

Identificar y abordar el malgasto en los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe

Movilizar recursos adicionales para el financiamiento de la salud en Latinoamérica y el Caribe (LAC) es necesario para alcanzar una cobertura universal en salud de alta calidad. Sin embargo, los países de LAC deben balancear inversiones en sus sistemas de salud con otras necesidades en un contexto de limitados fondos públicos y prioridades en competencia. Este capítulo se centra en la importancia de reducir el malgasto en los sistemas de salud, particularmente en las áreas de atención clínica, operación y gobernanza. Abordar el malgasto en los sistemas de salud implica revisar las estructuras, regulaciones, servicios y procesos que son dañinos o no brindan los beneficios esperados, así como costos que podrían evitarse al sustituirse por alternativas más baratas, con idénticos o mejores beneficios. Los formuladores de políticas y gestores en LAC deben considerar la reducción del malgasto como una herramienta a su disposición para construir sistemas de salud más sostenibles y de mayor calidad. En LAC, gastar mejor en salud es tan importante como gastar más. Sin necesidad de recortar gasto o incluso en momentos de incremento del gasto público, ser más eficiente y alcanzar mejores resultados para las personas puede ser una estrategia de refuerzo mutuo si el diseño es el adecuado para que sean sinérgicos.

Introducción

Entendiendo el malgasto en salud en Latinoamérica y el Caribe

Si bien el gasto en salud ha aumentado en LAC, este sigue siendo muy inferior al de los países de la OCDE y depende más del gasto privado. El camino hacia una cobertura universal en salud de alta calidad requiere la expansión del gasto público en salud en la mayoría de los países. Sin embargo, gastar mejor en salud es tan importante como gastar más. El aumento de la eficiencia y la reducción del malgasto en los sistemas de salud deben ser temas prioritarios en la agenda de todos los países, incluso teniendo en cuenta las diferencias en las perspectivas económicas y epidemiológicas. El punto central es que los sistemas de salud deben ofrecer el mejor valor posible a las personas, lo que incluye no solo la mejor atención posible para abordar sus necesidades y preferencias, sino también al menor costo posible. En LAC, esto coincide con un crecimiento constante de las clases medias, lo que ha elevado las expectativas de las personas en términos de cobertura y calidad de los servicios de salud (OCDE et al., 2019[1]), imponiendo más presión a los presupuestos de salud.

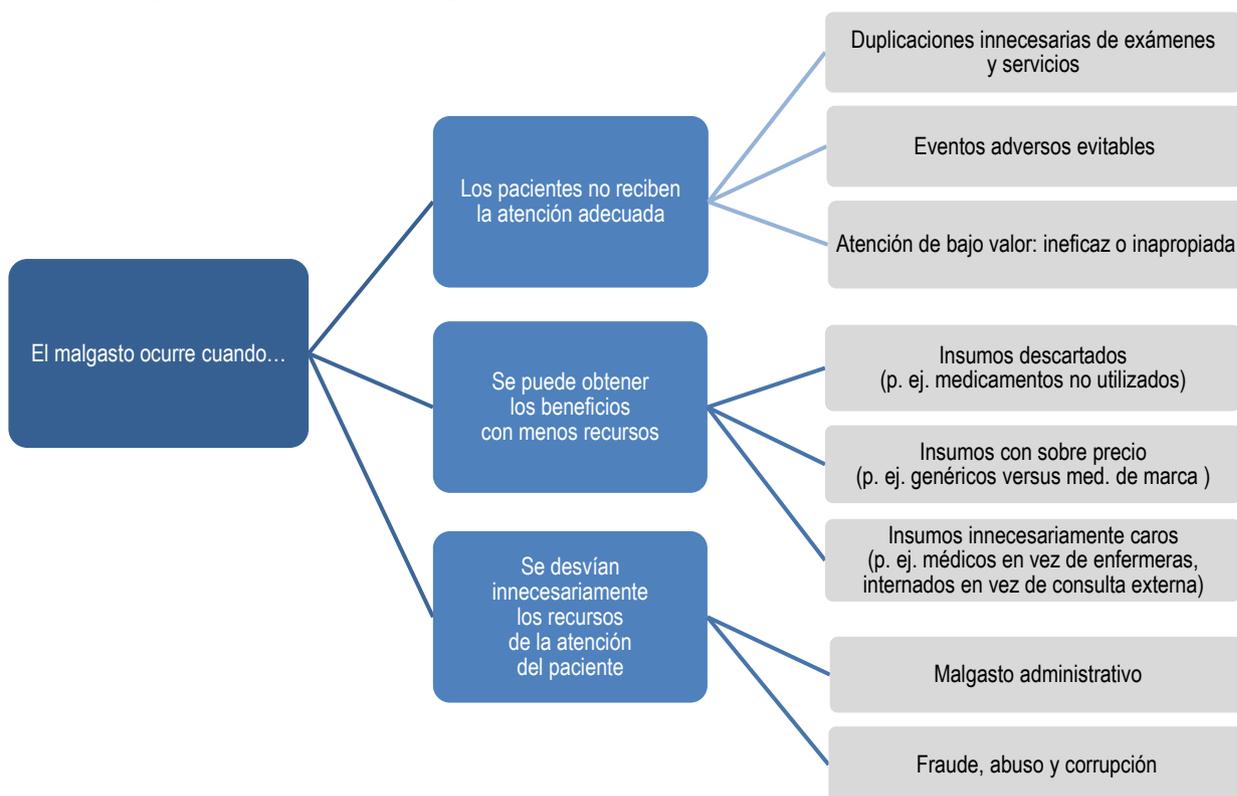
El malgasto en salud se puede definir como los recursos destinados a: i) servicios y procesos que son dañinos o que no entregan beneficios; y ii) costos que se podrían evitar al sustituir por alternativas más baratas con beneficios idénticos o mayores (OCDE, 2017[2]). En ningún caso debe ser mal entendido como reducir o hacer recortes en el gasto en salud. De hecho, el malgasto en salud puede y debe ser abordado tanto en momentos de incremento como de reducción del presupuesto del sector salud, como una manera de movilizar los recursos necesarios para obtener los mejores resultados en salud.

Limitar el malgasto significa que el sistema de salud es capaz de movilizar suficientes recursos y gastarlos entregando el mayor valor posible para mejorar la salud de la población, en un contexto de altas expectativas por mejores servicios, grandes limitaciones fiscales, y presiones financieras continuas provenientes del desarrollo tecnológico y el envejecimiento poblacional. En el corto plazo, bajos niveles del malgasto son una manera de liberar capacidad financiera para otros desafíos y aumentar la voluntad social para movilizar recursos adicionales para salud. A largo plazo, esto garantiza la sostenibilidad y la resiliencia frente a la escasez de recursos actual o futura, o ante los problemas emergentes y shocks en el sistema de salud.

Se estima que en países como los EE UU. o Australia, se desperdician alrededor del 20 al 30% de todos los recursos del sector de la salud (OCDE, 2017[2]). La limitación de datos ha dificultado dicho análisis en LAC, pero la evidencia disponible sugiere que se desperdicia una proporción muy significativa de recursos. Por ejemplo, en 2009, se estimó que el 19% de todas las hospitalizaciones eran evitables, lo que representa un ahorro potencial del 1.5% del gasto total en salud relacionado solo con esta dimensión específica de los malgastos (Guanais, Gómez-Suárez and Pinzón, 2012[3]). La mayoría de los países de LAC todavía dependen principalmente de la atención curativa, especializada y hospitalaria más costosa, en lugar de la atención preventiva (Pinto et al., 2018[4]). Además, la mayoría de los países de LAC aún no han logrado resultados óptimos y todavía están en el proceso de mejorar el acceso y la cobertura de la atención. Existe un potencial suficiente tanto para el ahorro como para la mejora de los resultados en la región, y los dos no son mutuamente excluyentes, sino que en realidad pueden ser sinérgicos.

La Figura 2.1 ilustra las tres dimensiones de los malgastos causados por el bajo valor y el alto costo, lo que lleva a ejemplos concretos de ineficiencia (OCDE, 2017[2]). Primero, los pacientes se ven perjudicados innecesariamente o reciben atención innecesaria o de bajo valor que hace poca o ninguna diferencia en sus resultados de salud, y en algunos casos puede incluso ser dañino (por ej. cuando los hospitales son vectores de infección). Este tipo de malgasto se produce a nivel clínico y es el que tiene el mayor impacto en la salud, ya que la atención de bajo valor dificulta la recuperación y el bienestar de los pacientes. En segundo lugar, se pueden lograr los mismos resultados con menos recursos. Por ejemplo, algunos sistemas de salud hacen muy poco uso de medicamentos genéricos; otros brindan atención en lugares de uso intensivo de recursos, como hospitales, cuando podría brindarse en la comunidad. Tercero, varios procesos administrativos no agregan valor y se pierden fondos por fraude y corrupción. Este tipo de malgasto ocurre fuera del nivel clínico, producido por procesos defectuosos originalmente establecidos para contribuir al buen funcionamiento del sistema de salud. El impacto asociado con este tipo de malgasto aumenta más a medida que se producen en mayor cantidad. Cuanto mayor es la corrupción y el fraude, más desafiantes se vuelven para enfrentarlos.

Figura 2.1. **Un enfoque pragmático para identificar y clasificar el malgasto en salud**



Fuente: Adaptado de OECD (2017[2]), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.

Es importante comprender que algunos malgastos no se producen de manera inorgánica y por casualidad. A menudo, es realizado o al menos respaldado por instituciones o procesos defectuosos que se han vuelto intrínsecamente dependientes o ineficientes en diferentes niveles del sistema de salud. Dicha estructura producirá más de estos procesos y perpetuará las prácticas e instituciones desequilibradas. Por otro lado, un cierto grado de malgasto es inevitable e incluso los sistemas de salud más transparentes, avanzados y exhaustivos llevarán a cabo procesos derrochadores. La construcción de un sistema de salud eficiente no se trata de gastar una gran cantidad de recursos

para eliminar el malgasto, sino de implementar mecanismos para identificarlos más oportunamente y tener la capacidad de actuar para reducirlo. Un sistema verdaderamente eficiente es dinámico y flexible, y permite ajustes para el beneficio de los pacientes y su propia sostenibilidad (OCDE, 2017[2]).

El malgasto se ha abordado en LAC principalmente como parte de políticas de sostenibilidad financiera, pero aún no se han evaluado exhaustivamente

Para abordar eficaz e integralmente el malgasto, los actores del sector salud deben incorporarlo a la agenda con un enfoque prioritario que abarca todo el sistema. Es probable que los tomadores de decisiones, profesionales y pacientes en LAC ya estén preocupados por la eficiencia en diferentes grados, pero aún existen herramientas a su disposición para avanzar en la eliminación del malgasto.

La Encuesta de Características del Sistema de Salud de LAC (Lorenzoni et al., 2019[5]) tuvo como objetivo registrar los arreglos administrativos establecidos por los países en sus sistemas de salud. Uno de los elementos explorados es la existencia de mecanismos para contener el gasto público en salud. Catorce países establecieron límites máximos para el gasto en varios actores del sistema de salud (niveles de gobierno, seguros, etc.). Los límites presupuestarios son establecidos por la autoridad presupuestaria central (usualmente el Ministerio de Finanzas) y deben ser aprobados por el Parlamento o un cuerpo legislativo equivalente. Trece de estos países tienen un sistema de alerta temprana que les notifica si los gastos pueden exceder los límites máximos.

Existen varias medidas para responder a los presupuestos que exceden los límites máximos iniciales. La mayoría de los países, excepto Brasil, Costa Rica y Panamá, realizan asignaciones presupuestarias suplementarias. Otras medidas incluyen aumentos de déficit en niveles subnacionales de gobierno y proveedores, y recortes en la adquisición de medicamentos. Es fundamental que los países establezcan mecanismos para gestionar los gastos y garantizar la responsabilidad institucional, en adición a reaccionar a los sobregastos del presupuesto.

A medida que los presupuestos de salud enfrentan presiones crecientes, algunos países de LAC han confrontado crecientes deudas con diferentes actores en el sistema, por ejemplo, con hospitales y entidades que proporcionan bienes y servicios a hospitales o centros de atención primaria (p. ej. empresas farmacéuticas, laboratorio o servicios radiológicos). En el Cuadro 2.1 se proporcionan ejemplos de medidas recientes de reducción de malgastos relacionadas con la deuda en Colombia y Chile.

Cuadro 2.1. Medidas recientes relacionadas al malgasto en LAC que aún no han sido evaluadas exhaustivamente

'Acuerdo de Punto Final' en Colombia

El 'Acuerdo de Punto Final' en Colombia se centra en reducir la deuda de los hospitales públicos. Los hospitales públicos han acumulado una gran deuda del gobierno central a través de las aseguradoras privadas de salud del país (Entidades Promotoras de Salud, EPS). El plan comenzó con el pago de más de 0.5 mil millones de dólares a los proveedores. Este pago de la deuda permitiría a los proveedores mejorar sus recursos humanos, infraestructura y tecnologías.

El acuerdo también incluye una serie de medidas dirigidas directamente a la reducción de malgastos, a fin de evitar una mayor acumulación de deuda. Esto incluye la actualización del Plan de Beneficios de Salud (PBS), el control de los precios de los medicamentos, la compra centralizada de productos médicos y otros ajustes administrativos y organizativos para agilizar los procesos y mecanismos.

Reducción de la deuda hospitalaria en Chile

Chile ha implementado iniciativas para reducir la deuda contraída con entidades que proporcionan bienes y servicios a instituciones públicas como hospitales, las que se han acumulado en la presente década. En 2019, la aseguradora

Cuadro 2.1. **Medidas recientes relacionadas al malgasto en LAC que aún no han sido evaluadas exhaustivamente** (cont.)

pública FONASA (Fondo Nacional de Salud) ha prestado especial atención para garantizar que tanto los fondos básicos como los adicionales no se utilicen para cubrir otras necesidades a fin de reducir los retrasos en los pagos a estos proveedores.

Se describe que los esfuerzos para reducir la deuda existente incluyen una mayor capacidad para operar con mayor eficiencia. Estas medidas han sido acordadas con los proveedores y ahora los mecanismos de pago tendrán en cuenta la eficiencia producida por los hospitales. Otras medidas incluyen la reducción de las actividades hospitalarias fuera del horario laboral, aumentar la centralización de las compras de medicamentos a través de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST) y el apoyo técnico desde el nivel central a los hospitales menos eficientes.

Los planes y políticas previamente descritas aún deben evaluarse en el corto y largo plazo, considerando una perspectiva económica relacionada con el presupuesto público, pero también sobre el impacto en la provisión de servicios, la calidad y -eventualmente- los resultados para los pacientes.

Malgasto en la atención clínica

Midiendo las diferencias en el uso y calidad de la atención médica

Detectar y comprender las diferencias en el uso y calidad de la atención médica es un requisito esencial para abordar el malgasto. Diversos factores causan variaciones entre regiones o proveedores, pero las diferencias también tienen su origen en diferentes grados de malgasto. La evidencia de varios países muestra que las prácticas clínicas y administrativas tienen mayor variación que las diferencias en la enfermedad o preferencia del paciente (Wennberg, 2011[6]). Es importante que los países entiendan cuántos recursos se desperdician en comparación con los otros países, pero también dentro de los suyos. Las variaciones entre áreas geográficas pueden ser tan o más altas que entre países y, naturalmente, tienden a caer bajo el control de los gobiernos nacionales en mayor medida que las variaciones internacionales.

El reporte público de variaciones geográficas puede ser uno de los pasos clave para abordar dichas variaciones. El uso de “atlas” sirve para hacer esto de una manera comparable e integral. Identifican el uso excesivo e insuficiente y plantean preguntas sobre por qué existen estas variaciones (OCDE, 2014[7]).

Colombia es un país de la región de LAC que ha invertido en desarrollar un atlas de variaciones en los últimos años (Kim, 2014[8]). El atlas se desarrolló a partir de un estudio piloto financiado por el Grupo del Banco Mundial en 2015 (ver Cuadro 2.2 y Figura 2.2) y se enfoca en el uso de los servicios de cuidados intensivos y las diferencias en el uso de cesáreas, dos fuentes potenciales de malgasto discutidas más adelante en este capítulo.

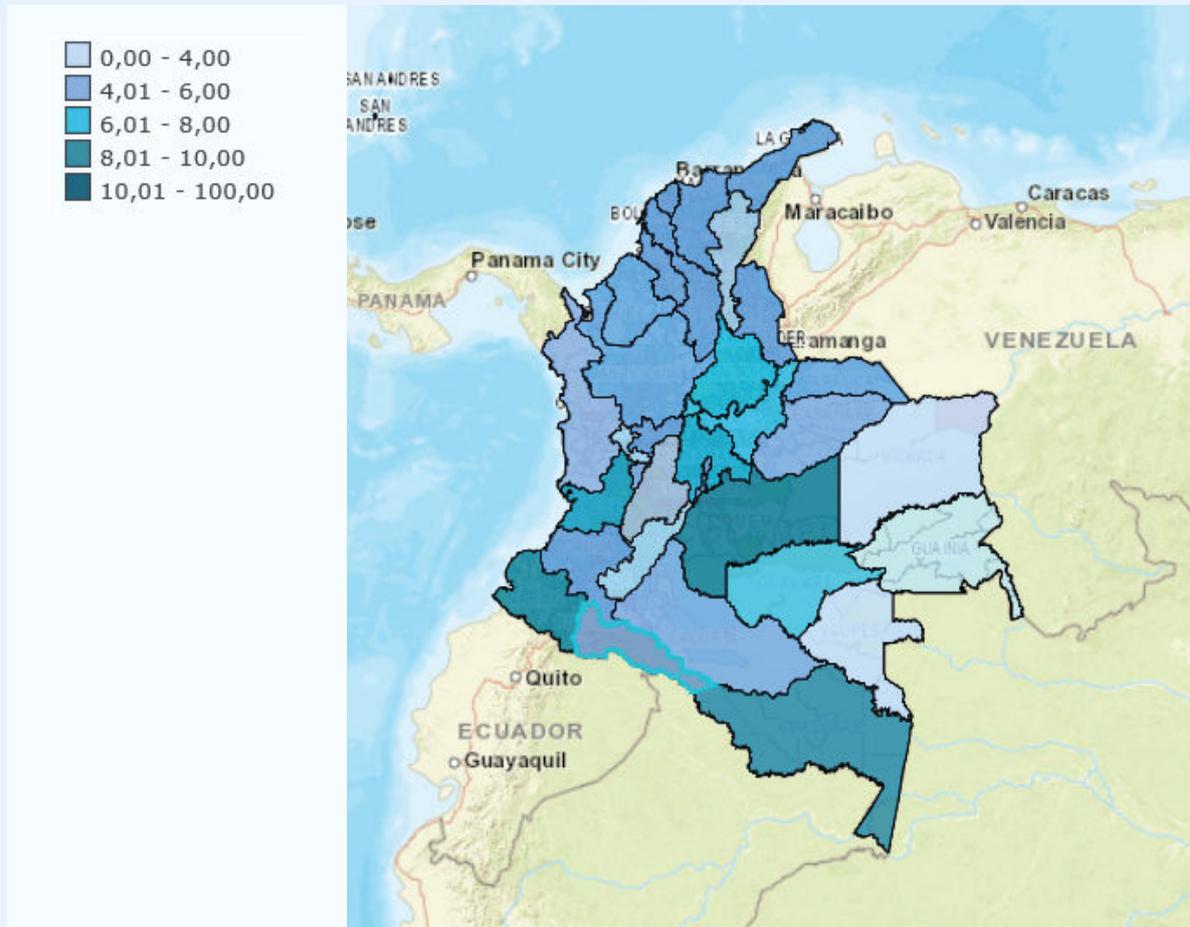
El uso de atlas para rastrear variaciones permite establecer objetivos regionales específicos, aunque es importante reconocer que no indican directamente qué factores condujeron a la variación. En algunos casos, los servicios se prestan de manera insuficiente o excesiva, lo que se refleja en diferentes resultados o indicadores de desempeño. Sin embargo, es un método útil para detectar malgastos sistémicos en varios servicios, que a menudo se correlaciona en las áreas afectadas. Una vez que se identifican las variaciones, se necesita un análisis adicional para determinar qué hay detrás de los casos de uso excesivo y subutilización. El establecimiento de objetivos regionales se puede combinar con otras intervenciones para abordar desafíos específicos.

La medición del cumplimiento de las guías de práctica clínica (GPC) es otra herramienta útil para mejorar los resultados de los pacientes y evitar gastos innecesarios. Un análisis del cumplimiento de GPC en 324.000 pacientes con diabetes afiliados a las aseguradoras privadas (EPS) en Colombia reveló que solo el 15% de ellos recibía todos los exámenes recomendados, incluyendo la medición

Cuadro 2.2. Atlas de Variaciones Geográficas en Salud – Colombia

La Figura 2.2 muestra las tasas de cancelaciones quirúrgicas observadas en los departamentos colombianos en 2018. Este es un ejemplo de cómo los atlas geográficos de variaciones pueden ser útiles para la identificación de prácticas que llevan al malgasto en contextos específicos. El Atlas de Colombia cubre una variedad de indicadores relacionados con el estado de salud, las actividades, la calidad y el uso de los recursos. Dicha herramienta se puede utilizar para identificar el malgasto buscando valores atípicos en los datos geográficos.

Figura 2.2. Tasas de cancelaciones quirúrgicas por cada 100 cirugías programadas en departamentos colombianos, 2015



Fuente: MINSALUD (2019[9]), Colombian Atlas of Geographical Variation, <https://sig.sispro.gov.co/sigmsp/index.html>.

anual de glicemia, colesterol y función renal. La variación en el cumplimiento fue sustancial entre regiones y proveedores de las EPS. Por ejemplo, el cumplimiento de exámenes varía entre un 27% para el mejor proveedor hasta casi cero para el peor. Además, el estudio estimó que el estudio completo de niveles de glicemia (HbA1c) disminuía el costo total por paciente en USD 340 en promedio, representando un 15% del total de los costos. Por ende, la eficiencia no es solo sobre el nivel promedio de prevención, sino que también la provisión homogénea entre regiones y prestadores (Izquierdo, Pessino and Vuletin, 2018[10]).

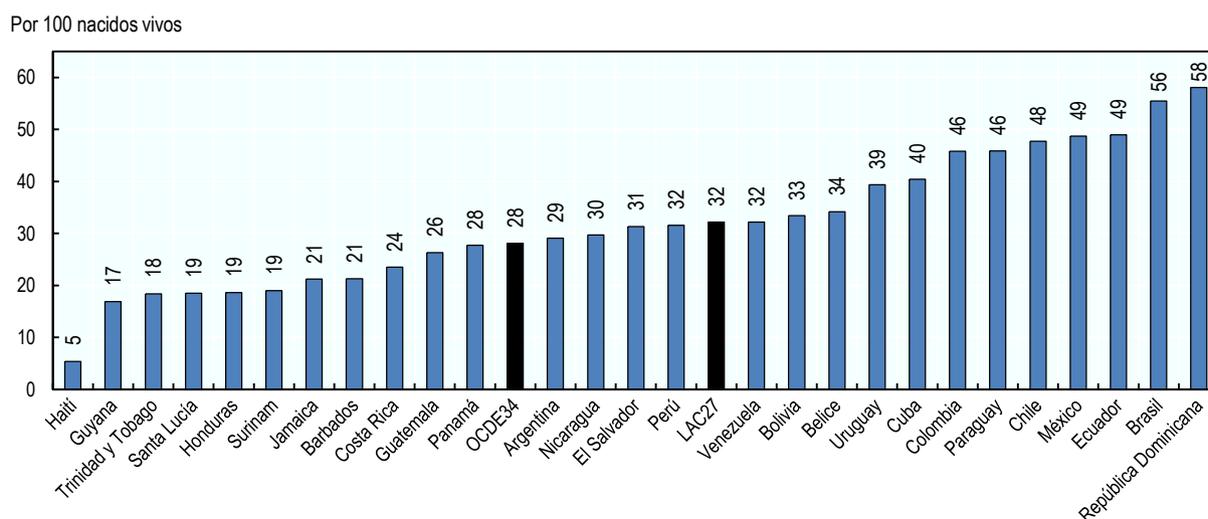
Reduciendo procedimientos innecesarios

El malgasto clínico se refiere a situaciones en las que pacientes no reciben la atención adecuada, pero también cuando reciben prestaciones inefectivas o inapropiadas, también conocidas como servicios de bajo valor. A pesar de realizarse ampliamente, actividades como las amigdalectomías en niños y las histerectomías o prostatectomías en condiciones benignas no tienen efectos demostrados para mejorar la salud y el bienestar de la mayoría de los pacientes, e incluso pueden ser una fuente de daño, representando una fuente potencial de malgasto al aplicarse en exceso o innecesariamente.

Las cesáreas son un ejemplo clásico de un procedimiento quirúrgico que puede salvar vidas cuando es clínicamente necesario, pero por el cual se disputan los beneficios de su amplio uso. La cesárea conlleva un mayor riesgo de infecciones para las madres y dificultad respiratoria para los recién nacidos, además de quitar los beneficios asociados con el paso por el canal de parto. Las cesáreas se han asociado con varios riesgos para la salud durante la infancia, como diabetes tipo 1, enfermedad celíaca, alergias, asma y obesidad (Magne et al., 2017[11]).

La evidencia indica que una tasa de cesáreas por encima del 15% no está asociada con mayores reducciones en la mortalidad materna, neonatal o infantil (Stordeur et al., 2016[12]). Algunos estudios estiman que más de la mitad de todos los recién nacidos en LAC son concebidos por cesárea (Magne et al., 2017[11]). A pesar de las recomendaciones de la OMS, las tasas de cesáreas han aumentado en todo el mundo, del 6.7% en 1990 al 19.1% en 2014. América del Sur ha sido la región con las tasas más altas desde la década de 1990 y Brasil, en particular, tiene tasas muy altas en el sector público (40-50%) e incluso más altas en el sector privado (80-95%) (Magne et al., 2017[11]). En 27 países LAC, 32% de todos los nacidos vivos se realizan por cesárea, por sobre el 28% en 34 países OCDE. Las tasas más altas se observan en República Dominicana, Brasil y Chile, y las más bajas en Haití, Guyana y Trinidad y Tobago (Figura 2.3).

Figura 2.3. Tasas de cesárea en 27 países de Latinoamérica y el Caribe, 2016 o último año disponible



Fuente: WHO (2019[13]), Global Health Observatory data, <https://www.who.int/gho/en/>. OECD Estadísticas de Salud (2019[14]) para Chile y México, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <https://stat.link/vq2bg8>

La primera intervención a revisar para reducir el uso excesivo de las cirugías por cesárea es la cesárea electiva entre las mujeres de bajo riesgo. Otras intervenciones pueden incluir la promoción

del cambio de comportamiento a través de herramientas específicas, auditorías y retroalimentación; incentivos financieros para desalentar a los proveedores de ofrecer cesáreas cuando no se justifique; y la producción y publicación de información sobre el uso excesivo, para crear conciencia y permitir a los proveedores compararse con sus pares (OCDE, 2017[2]).

Al igual que con otros generadores de malgasto, la región también debe cubrir las brechas en la cobertura. Los países de la región LAC deben continuar trabajando para garantizar que todas las mujeres que necesitan una cesárea puedan acceder a una, así como reducir los casos de uso excesivo. Las herramientas como la clasificación de Robson, promovida por la OMS como una forma de identificar a las mujeres de alto riesgo que necesitan una cesárea, permiten a los proveedores dirigir los recursos a las mujeres que más los necesitan y funcionan bien en combinación con medidas específicamente diseñadas para reducir las tasas de cesáreas (OMS, 2015[15]).

Internacionalmente, la iniciativa *Choosing Wisely*® es una campaña que busca mejorar la relación paciente-médico y reducir las intervenciones innecesarias a través de la disseminación de la medicina basada en evidencia en el dominio público (ABIM Foundation, 2020[16]). Por ejemplo, GCP existen en muchos países OCDE para promover el uso racional de resonancia nuclear magnética y tomografía computarizada, diciendo claramente cuando estos costosos exámenes son innecesarios. Herramientas similares existen virtualmente para toda área de especialización médica.

Promoviendo un uso racional de antibióticos y previniendo la resistencia a los antimicrobianos

El uso racional de medicamentos antimicrobianos es clave no solo en términos de ahorro monetario y eficiencia más amplia del sistema de salud, sino también para preservar su efectividad clínica. Sin embargo, la OPS estima que alrededor del 50% del uso de antibióticos es inapropiado, lo que perjudica la sostenibilidad y los resultados de salud (OPS and FIU, 2018[17]).

El mal uso de los antimicrobianos causa reacciones alérgicas y adversas a los medicamentos, morbilidad y mortalidad, aumento de la duración de la hospitalización de los pacientes, infecciones debidas a patógenos resistentes, cambios en la microbiota y, en general, mayores costos de atención médica. También medicaliza ciertas afecciones para las cuales otros tratamientos son más efectivos y pone a los pacientes en riesgo de efectos adversos (y el aumento de los costos asociados con el tratamiento). La mayoría de la prescripción de antibióticos ocurre en el nivel de atención primaria, la mayoría de ellos para infecciones del tracto respiratorio.

La Tabla 2.1 ilustra los volúmenes de antibióticos consumidos en cinco países informantes de LAC. El consumo es más bajo en Perú y más alto en Brasil. La baja cifra para Perú podría explicarse porque los datos no incluyen a todas las instituciones del sector de la salud, pero muestran la mejor aproximación al uso de antibióticos. El consumo promedio estimado de 17.2 DDD por cada 1.000 habitantes por día en estos cinco países LAC es más alto que en otros países industrializados como Canadá (17,05), Alemania (11,49), Países Bajos (9,78) y Suecia (13,23), y cercano a los países iberoamericanos de Portugal (17,72) y España (17,96). En la OCDE, el promedio de 31 países con datos es 18.

Los niveles relativamente altos de uso de antibióticos pueden conducir a la resistencia a los antimicrobianos, que se ha declarado como uno de los desafíos de salud pública emergentes más relevantes de nuestros tiempos. En siete países de América Latina y el Caribe, se estima que las proporciones de resistencia promedio en ocho combinaciones de antibióticos y bacterias aumentaron de 21.3% (rango: 16-33%) en 2005 a 31.9% (rango: 21-39%) en 2015, y pueden aumentar más allá del 32.1% (rango: 22.3-39%) para 2030 si las tendencias actuales en resistencia y correlatos de resistencia continúan en el futuro, y no se toman medidas políticas (ver Figura 2.4). Sin embargo, la tendencia hacia 2030 no es la misma en todos los países: se espera que solo Chile y Brasil aumenten

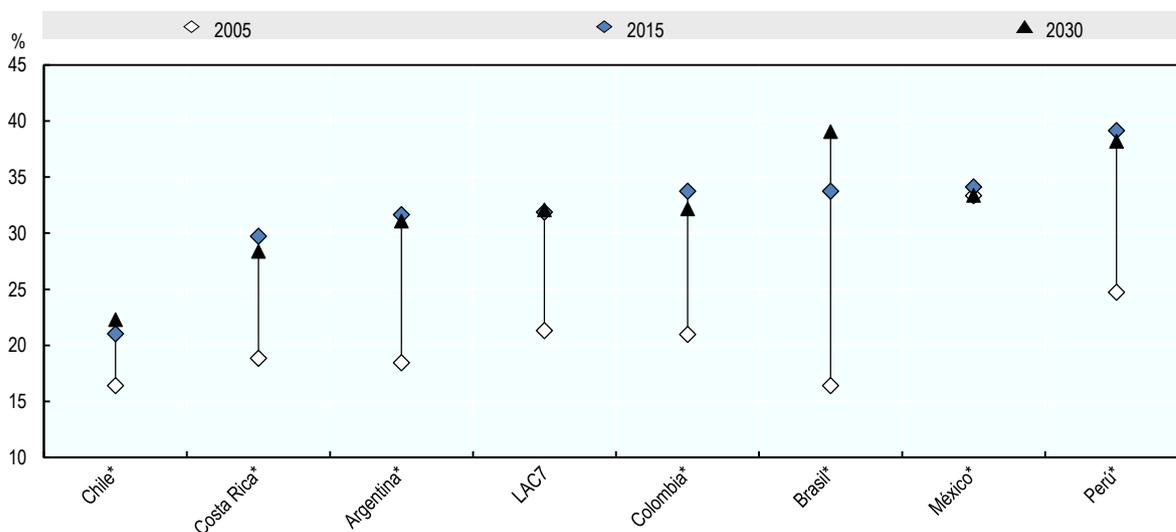
Tabla 2.1. Consumo total de antibióticos, DDD por 1,000 habitantes por día, 2016

	DDD / 1.000 habitantes por día
Brasil	22.8
Bolivia	19.6
Paraguay	19.4
OCDE31	18.0
LAC5	17.2
Costa Rica	14.2
Perú	10.3

Nota: DDD, dosis diarias definidas.

Fuente: WHO (2018[18]) WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption: 2016 – 2018 Early implementation y OCDE (2019[14]), OECD Health Statistics, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

Figura 2.4. Proporción media de infecciones causadas por bacterias resistentes al tratamiento antimicrobiano para ocho combinaciones de antibiótico-bacteria en 2005, 2015 y 2030



Nota: * En los siete países faltan más del 50% de las observaciones, en los ocho pares de antibióticos y bacterias, entre 2005 y 2015.

Fuente: OECD (2018[19]), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en>.

StatLink <https://stat.link/rm3l4j>

sustancialmente la resistencia a los antimicrobianos, mientras que los otros cinco países siguen siendo similares a la situación en 2015.

El informe de la OMS sobre la vigilancia del consumo de antibióticos (OMS, 2018[18]) también describió qué países de LAC han implementado sistemas para controlar o monitorear el uso de antimicrobianos. Hasta 2016, 13 países no tenían un plan o sistema nacional para monitorear el uso de antimicrobianos. Brasil, Chile y Colombia han implementado Programas de Administración de Antimicrobianos (ASPs en inglés), con el objetivo de abordar el mal uso y con objetivos específicos de reducir o estabilizar la resistencia a los antimicrobianos, reducir el uso de recetas y mejorar los resultados clínicos. Estos tres países y México también introdujeron legislación para reducir el consumo de antibióticos al establecer la prescripción obligatoria de antibióticos para reducir la automedicación.

Los ASP efectivos pueden reducir los eventos adversos asociados con el uso de antibióticos mientras se mantiene el tratamiento óptimo de la infección y pueden lograr estos objetivos mientras se ahorran gastos. Un estudio en Colombia (Hernández-Gómez et al., 2016[20]) encontró que la

implementación de ASP en tres hospitales resultó en una reducción del 52.3% en el consumo de antibióticos, con un ahorro monetario promedio de más de 15.000 USD por hospital. El costo de implementación del programa ASP fue en promedio de 4.300 USD.

Para abordar el uso indebido de antimicrobianos, es importante que los países midan de manera precisa y oportuna el consumo farmacéutico. Una vez más, se necesita un sistema de información integrado y oportuno para identificar las áreas problemáticas y abordarlas rápidamente. Se ha comprobado que las intervenciones como mejorar la higiene de las manos en los centros de atención médica, implementar programas de administración para aumentar la conciencia y racionalizar las prácticas de prescripción, la prescripción antimicrobiana retrasada, las campañas en los medios de comunicación y el despliegue de pruebas de diagnóstico rápido para confirmar la necesidad de un tratamiento antimicrobiano, son rentables y los tomadores de decisiones en los países de LAC pueden considerarlo (OCDE, 2018[19]).

Malgasto operacional en los sistemas de salud

Uso de la evaluación de tecnologías sanitarias para mejorar los procesos de priorización y cobertura

Las Evaluaciones de Tecnología Sanitaria (ETS) son una herramienta fundamental para tomar mejores decisiones clínicas y financieras, contribuyendo a reducir el malgasto en los sistemas de salud. Permite a los formuladores de políticas saber qué métodos o productos son más efectivos para lograr resultados de salud positivos. Son un proceso comparativo y multidisciplinario que se utiliza para evaluar el beneficio adicional o el impacto de las tecnologías de salud y que se puede utilizar para informar a los responsables de la toma de decisiones sobre el costo de oportunidad de reemplazar un estándar de atención existente con una nueva alternativa. De esta manera, las decisiones de selección y cobertura pueden evitar el desplazamiento de productos de alto valor por otros de menor valor para el sistema de salud. La ETS también se puede utilizar para revisar el 'valor por el dinero' que ofrecen las tecnologías existentes y para ajustar los precios reflejando el nivel deseado de rentabilidad o disposición a pagar.

Los resultados de la Encuesta sobre Características de los Sistemas de Salud (Lorenzoni et al., 2019[5]) muestran que 13 de los países que respondieron llevan a cabo ETS, principalmente en el sector público, y solo unos pocos usan ETS sistemáticamente para tomar decisiones de cobertura. Ningún país informó utilizar ETS para determinar el nivel de reembolso (p. ej. precios). La mayoría de los países que informaron llevar a cabo ETS lo hicieron a través del comprador principal a nivel central, mientras que solo cuatro lo hicieron a través de un organismo independiente. En la OCDE, un número cada vez mayor de países utiliza ETS para proporcionar evidencia relacionada con las nuevas tecnologías médicas para la toma de decisiones. En LAC, solo 10 países usan ETS para informar la cobertura de todas las tecnologías, ya sea de manera sistemática o bajo ciertas circunstancias (ver Tabla 2.2).

También existe una variación en las circunstancias en las que se utilizan las ETS en los países. Un tercio de los países de LAC las usa para establecer GPC, mientras que solo Argentina y Perú informaron el uso de ETS para determinar los objetivos de los esquemas de pago por desempeño. Alrededor de la mitad de los países utilizan ETS para apoyar el diseño de políticas de salud pública (ver Tabla 2.3).

También se puede buscar la colaboración internacional ya que los países pueden utilizar las ETS en diferentes contextos. Esto significa que el conocimiento obtenido a través de las ETS puede compartirse entre los responsables de la toma de decisiones, lo que disminuye los costos y facilita enfoques coherentes independientemente de la ubicación geográfica. A través de la cooperación internacional, los países con recursos más limitados pueden buscar ayuda de agencias extranjeras

Tabla 2.2. Países que utilizan Evaluación de Tecnologías Sanitarias de manera sistemática u ocasional para tomar decisiones de cobertura o establecer un nivel de reembolso

Tipo de tecnología	Uso de ETS para tomar decisiones	Países
Procedimientos médicos	Utilizados sistemáticamente para tomar decisiones de cobertura.	Brasil, Trinidad y Tobago, Uruguay
	Se utiliza en algunas circunstancias para tomar decisiones de cobertura.	Argentina, Belice, Chile, Colombia, Guyana, México, Paraguay
	Se usa para determinar el nivel de reembolso	-
Productos farmacéuticos	Utilizados sistemáticamente para tomar decisiones de cobertura.	Belice, Jamaica, México, Paraguay, Uruguay
	Se utiliza en algunas circunstancias para tomar decisiones de cobertura.	Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, Guyana, Perú
	Se usa para determinar el nivel de reembolso	-
Dispositivos médicos implantables	Utilizados sistemáticamente para tomar decisiones de cobertura.	Brasil, Trinidad y Tobago, Uruguay
	Se utiliza en algunas circunstancias para tomar decisiones de cobertura.	Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Paraguay
	Se usa para determinar el nivel de reembolso	-

Fuente: Reproducido de Lorenzoni, et. al. (2019[5]) "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>.

Tabla 2.3. Circunstancias en las que se utiliza la Evaluación de Tecnologías Sanitarias

Circunstancias	Países
Establecer guías de práctica clínica para profesionales de la salud	Argentina, Belice, Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú, Uruguay
Determinar objetivos para esquemas de pago por desempeño	Argentina, Perú
Apoyar el diseño de políticas de salud pública.	Argentina, Belice, Brasil, Colombia, El Salvador, México, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago, Uruguay

Fuente: Reproducido de Lorenzoni, et. al. (2019[5]) "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>.

de ETS, estar informados de las nuevas tecnologías disponibles y contribuir a la producción de herramientas y conocimientos comunes. Este es el caso de la Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA) que comparte los informes de ETS producidos por las organizaciones miembros de la Red de Evaluación de Tecnología en Salud de las Américas (RedETSA), que podría continuar fortaleciéndose (OPS, 2019[21]).

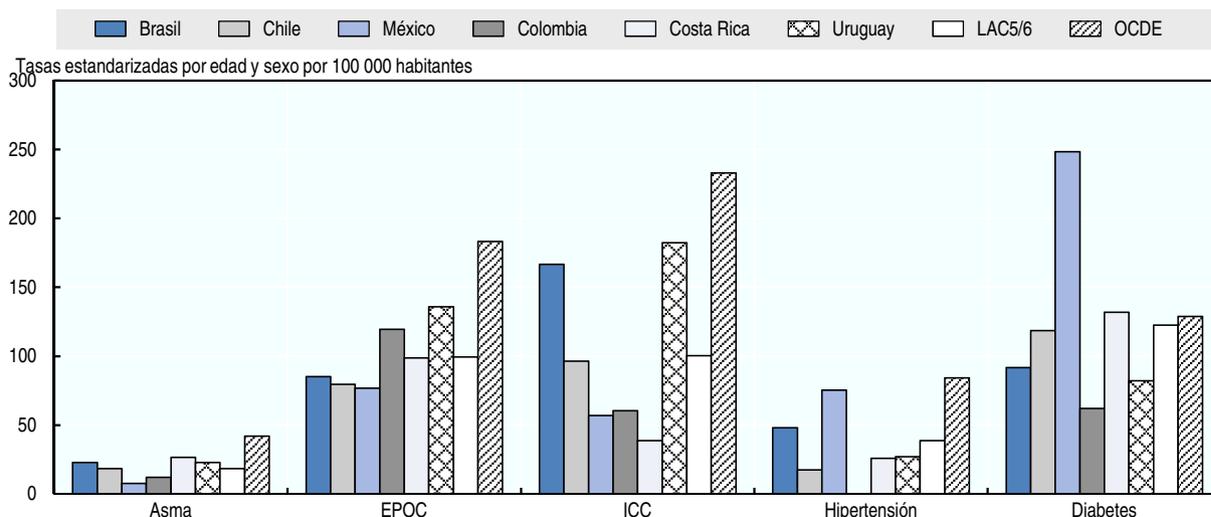
Reduciendo los ingresos hospitalarios potencialmente evitables

Una serie de afecciones pueden tratarse eficazmente en el nivel de atención primaria, como el asma, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia cardíaca congestiva. Un sistema de atención primaria sólido puede proporcionar servicios efectivos para pacientes que necesitan atención preventiva y tratamiento para estas enfermedades, ahorrando costosos recursos hospitalarios. Los servicios de atención primaria también pueden abordar antes estas condiciones y con mayor eficacia que la atención en un entorno hospitalario.

La incapacidad del sistema de atención primaria para tratar con estos pacientes resulta en una sobre-utilización de los recursos hospitalarios, siendo una fuente importante de ineficiencia y malgasto, pudiendo exponer a los pacientes a riesgos adicionales como infecciones nosocomiales. Estimaciones anteriores de seis países de LAC han sugerido que entre 8.1 y 10 millones de hospitalizaciones en 2012 fueron prevenibles, lo que representa hasta el 2.5% del gasto total en salud reportado en 2009 (Guanais, Gómez-Suárez and Pinzón, 2012[3]).

La Figura 2.5 refleja los datos disponibles sobre hospitalizaciones evitables en los países de LAC con datos disponibles. Existe una variación entre países LAC, aunque sus tasas son generalmente más bajas que el promedio de la OCDE. Esto podría indicar el éxito en la implementación de sistemas efectivos de atención primaria. Sin embargo, en el contexto de la región de LAC, es importante mencionar que el acceso sigue siendo relativamente desigual y que podría estar teniendo lugar un cierto grado de subutilización de los recursos hospitalarios. El objetivo final es encontrar un equilibrio adecuado que garantice un nivel de utilización hospitalaria con menor malgasto, garantizando el acceso adecuado a toda la población. Otro factor a considerar es que la carga de ENT es relativamente menor en la región de LAC que en los países OCDE debido a su perfil demográfico y epidemiológico. Sin embargo, la variación en estos países de LAC arroja información para decir que Costa Rica podría estar teniendo problemas con respecto al manejo ambulatorio del asma, Uruguay y Colombia para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Uruguay y Brasil para la insuficiencia cardíaca congestiva, y México con la hipertensión y, especialmente, la diabetes.

Figura 2.5. **Ingresos hospitalarios evitables en adultos para afecciones seleccionadas en países de LAC con datos disponibles y la OCDE, 2017 o último año disponible**



Nota: EPOC, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; ICC, insuficiencia cardíaca congestiva.

Fuente: OCDE Estadísticas de Salud (2019[14]) para Chile, Costa Rica y México, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>. Los datos para Brasil y Uruguay fueron proporcionados por sus respectivos Ministerios de Salud.

StatLink <https://stat.link/oh37x1>

A medida que los países de LAC avanzan en las transiciones demográfica y epidemiológica, es probable que la carga que las enfermedades no transmisibles (ENT) imponen al uso hospitalario y al sistema de salud en general aumenten. Ampliar los sistemas de atención primaria es la clave para hacer frente a esta carga cada vez mayor, y potencialmente contribuir a importantes ahorros financieros. Los servicios de atención primaria sólidos e integrados no solo serían menos costosos, sino que también mejorarían los resultados de salud al detectar con antelación las condiciones y abordarlas antes de que sea necesaria la atención hospitalaria de emergencia. Un sistema bien integrado permitiría una derivación ágil de los pacientes que también necesitan utilizar los recursos del hospital para garantizar los mejores resultados clínicos posibles.

Varios países han introducido mecanismos para evaluar a los pacientes en el nivel primario y evitar el uso excesivo de atención especializada. Belice, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guyana, Jamaica, México, Panamá, Surinam y Trinidad y Tobago han establecido mecanismos de control al llevar a los pacientes a buscar una derivación de un médico de APS,

excepto en una emergencia. Sin embargo, el registro con un médico de atención primaria solo es obligatorio en Brasil, Chile y Surinam, y se incentiva en Argentina, El Salvador y Panamá (Lorenzoni et al., 2019[5]).

Es importante reconocer que el uso excesivo de los recursos hospitalarios es un desafío más significativo en algunas áreas de la región, mientras que otras todavía están preocupadas principalmente por la falta de acceso a dichos servicios. Sin embargo, la importancia de contar con servicios de atención primaria sólidos sigue siendo válida para todos, ya que la APS también puede beneficiar a las áreas desatendidas, y un enfoque racional para el uso hospitalario es beneficioso incluso cuando se amplían los servicios hospitalarios en áreas desatendidas.

Los arreglos de prestación innovadores, como la prestación de servicios de salud electrónica (e-salud), las instalaciones que reúnen todos los servicios en un solo lugar, las intervenciones a nivel comunitario y otros, pueden complementar la implementación de centros de atención primaria para reducir aún más la carga de los recursos hospitalarios. También pueden ser formas efectivas de llegar a poblaciones que son vulnerables a la exclusión a través de los mecanismos tradicionales de prestación de servicios.

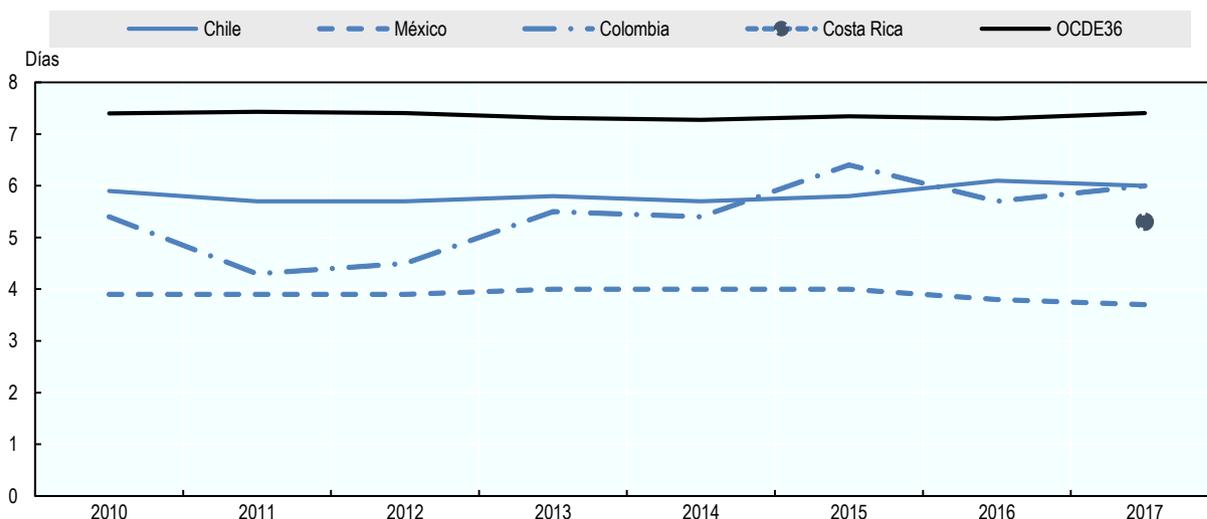
Alcanzar un buen equilibrio entre el acceso y la duración de la hospitalización

La Duración Media de la Estancia (DME) es una medida útil relacionada no solo con el uso de los recursos hospitalarios sino también con otras unidades del sistema de salud. Una DME más larga de lo ideal puede ser causada por razones clínicas, pero también por la falta de coordinación dentro del hospital o entre centros de salud, servicios de atención domiciliaria u otros entornos de atención posterior al alta. Una revisión reciente sugiere que los días de cama adicionales podrían representar hasta el 30.7% de los costos totales de hospitalización y causar cancelaciones de operaciones electivas, demoras en el tratamiento y repercusiones para los servicios posteriores, especialmente para pacientes de edad avanzada (Rojas-García et al., 2017[22]). Las altas demoradas también contribuyen a mayores costos a través de sus efectos adversos en la salud de los pacientes. Permanecer en el hospital por más tiempo aumenta el riesgo de infecciones, conduce a un deterioro de la salud más rápido y empeora los resultados, especialmente para pacientes mayores.

La Figura 2.6 muestra la tendencia en DME para la atención aguda hospitalaria en cuatro países de LAC con datos comparables: Chile, Colombia, Costa Rica y México. Los cuatro países están por debajo del promedio de la OCDE, que ha mantenido relativamente estable la DME entre 2010 y 2016. En contraste, Colombia aumentó la DME hospitalaria, mientras que Chile y México la mantuvieron relativamente estable en el período.

Para abordar las estadías excesivas en los hospitales, los países pueden transitar a métodos prospectivos de pago, a menudo basados en Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD), para establecer pagos basados en el costo estimado de la atención hospitalaria antes de la prestación del servicio. Estos métodos de pago alientan a los proveedores a reducir el costo de cada episodio de atención, lo que se puede hacer al reducir la duración de las hospitalizaciones. En LAC, los pagos basados en GRD son raros, particularmente, entre hospitales públicos (Lorenzoni et al., 2019[5]). Además, las políticas deben garantizar una integración adecuada entre los niveles de atención y los proveedores, de modo que los pacientes puedan ser transferidos o recibir atención especializada lo más rápido posible. Esto puede ser en forma de mecanismos de pago para fomentar una mejor coordinación y seguimiento de los pacientes, así como procesos más sólidos que garanticen la transferencia oportuna de los pacientes. Al igual que con otras intervenciones sugeridas en este capítulo, este tipo de incentivo busca establecer un cambio de comportamiento entre los proveedores para que dejen de adoptar el enfoque con mayor malgasto.

Figura 2.6. Duración media de la estancia en el hospital, 2010 a 2016



Fuente: OECD Estadísticas de Salud 2019 (2019[14]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <https://stat.link/emgbkh>

Los países también pueden invertir en entornos de atención no hospitalaria para proporcionar atención a largo plazo o intermedia a los pacientes. En la región de LAC, los esfuerzos para fortalecer la atención domiciliaria y los seguimientos en las regiones con menor acceso a los servicios de salud pueden contribuir a dar de alta a los pacientes de manera más fácil y segura. Al mismo tiempo, la cirugía ambulatoria es otra alternativa para reducir los tiempos de estadía, siempre y cuando se cuente con la capacidad técnica y el seguimiento adecuado para los pacientes.

Las tasas de re-hospitalización son un tema central a considerar también cuando se busca el equilibrio adecuado entre el acceso a la atención hospitalaria y la DME. Los reingresos hospitalarios tempranos han sido reconocidos como una fuente común y costosa de malgasto, particularmente entre pacientes de edad avanzada y de alto riesgo, que pueden ser causados en parte cuando la duración de la estadía de un paciente se reduce de manera inapropiada. Revisiones de evidencia han encontrado que las intervenciones efectivas para reducir los reingresos innecesarios son más complejas y buscan mejorar la capacidad del paciente para acceder de manera confiable y establecida a la atención posterior al alta, por ejemplo, seguimiento telefónico prioritario al paciente de riesgo, asesoramiento fármaco-terapéutico especializado, programa de educación en auto-manejo, planes de atención individualizados al alta, entre otros (Leppin et al., 2014[23]; Renaudin et al., 2016[24]).

Los datos sobre la DME y reingresos hospitalarios son limitados para la región de LAC, en parte debido a la descentralización y la falta de integración entre los proveedores. Es importante que los países vigilen más de cerca la DME, las descargas demoradas y las re-hospitalizaciones, lo que abrirá la puerta a nuevas opciones para abordar el problema que conllevan.

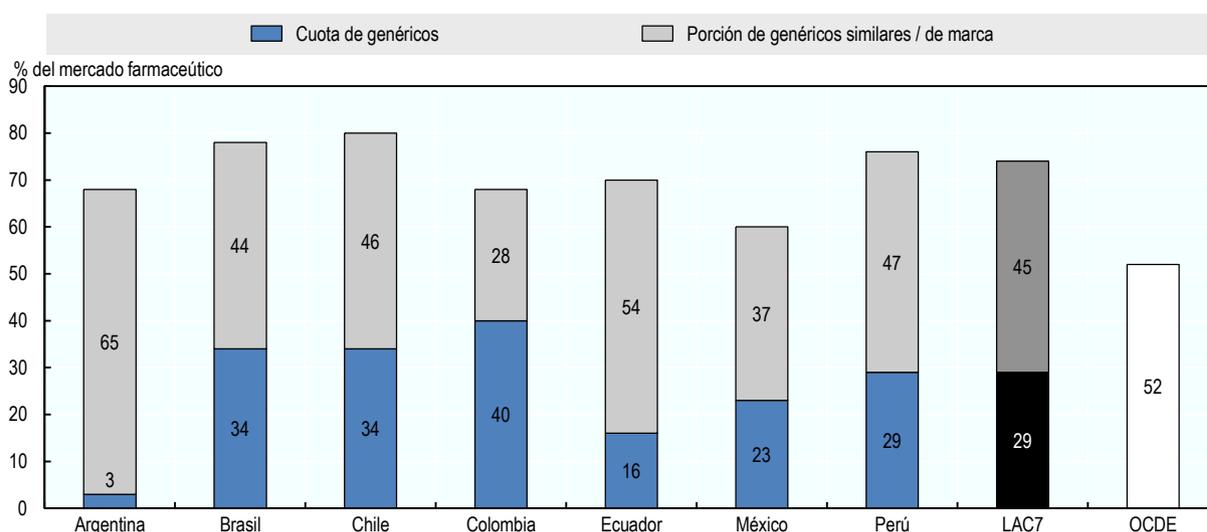
Aumentando el valor en el mercado farmacéutico expandiendo el uso de genéricos

El sector farmacéutico es una de las mayores fuentes de gasto en salud en LAC (ver Capítulo 6). Dado que los medicamentos son una carga financiera sustancial tanto para los gobiernos como para las personas, varias áreas están sujetas al interés político. En este contexto, el desarrollo de mercados genéricos se destaca como una oportunidad para aumentar la eficiencia en el gasto farmacéutico, pero muchos países no explotan plenamente su potencial. La subutilización de medicamentos genéricos se convierte en una fuente sustancial de malgasto, dado que los genéricos

tienen el mismo efecto que las alternativas de marca, pero normalmente son significativamente más baratos.

En siete países de LAC con datos, la introducción de genéricos ha sido un desafío por diferentes razones. La Figura 2.7 muestra que, en promedio, los países tienen una mayor proporción de genéricos en sus mercados (79%) en comparación con el promedio de la OCDE (52%). Sin embargo, es importante tener en cuenta que la mayoría de estos genéricos son genéricos similares o de marca (52%), que es una copia de la molécula de un producto sin patente que se vende al público utilizando un nombre comercial y, por lo general, los precios son más altos que los genéricos sin marca, lo que afecta los gastos directos de bolsillo. En contraste, en los países de la OCDE los genéricos de marca o sin marca no hacen una gran diferencia, principalmente porque los sistemas de salud brindan cobertura independientemente de esta clasificación. Además, en varios países de LAC, no todos los genéricos tienen el mandato de demostrar equivalencia terapéutica y aún se necesita fortalecer algunas agencias reguladoras, lo que plantea un desafío sobre la calidad en los mercados farmacéuticos de la región.

Figura 2.7. Cuota de volumen de genéricos en el mercado farmacéutico minorista en 7 países de LAC, abril de 2019



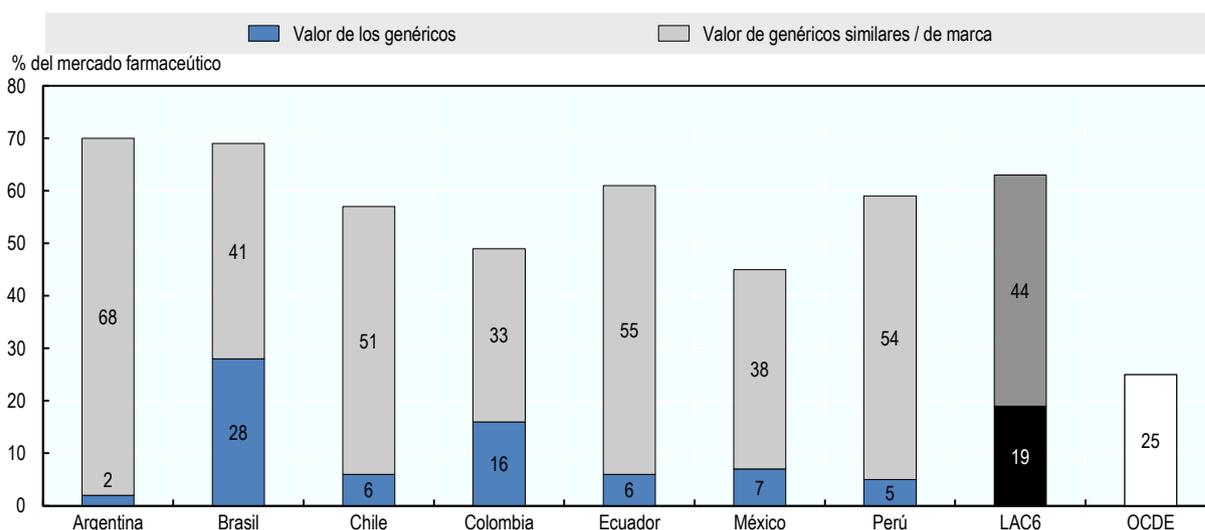
Nota: El promedio de la OCDE se calcula con datos para 2017 o el año más cercano.

Fuente: Adaptado de IQVIA (2019[25]), *Precio de los Medicamentos en América Latina, Análisis Comparativo*. Datos de la OCDE de OECD Estadísticas de Salud (2019[14]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <https://stat.link/sqlpt7>

Como complemento al volumen de genéricos en la región LAC, la Figura 2.8 muestra la cuota de valor de los mercados de genéricos, que puede expresarse – dependiendo del país– en términos de la facturación de las compañías farmacéuticas o la cantidad que los consumidores pagan por los productos farmacéuticos. El valor de los genéricos como porcentaje del mercado farmacéutico minorista total es mayor en los países de LAC que en la OCDE (64% versus 25%), explicado principalmente por los genéricos de marca (o similares), que en general tienen precios más altos que los genéricos sin marca. En términos generales, esto significa que la diferencia de precios entre los medicamentos originales y genéricos es menor en LAC que en los países de la OCDE. En línea con estos hallazgos, un estudio reciente de la Fiscalía Nacional Económica de Chile encontró que los márgenes de ganancia obtenidos por las compañías farmacéuticas en Chile son más altos para los genéricos de marca que para los genéricos sin marca, lo que puede ser otra razón de la mayor

Figura 2.8. Cuota de valor de los genéricos en el mercado farmacéutico minorista en 7 países de LAC, abril de 2019



Nota: El promedio de la OCDE se calcula con datos de los países de la OCDE para 2017 o el año más cercano.

Fuente: Adaptado de IQVIA (2019[25]), *Precio de los Medicamentos en América Latina, Análisis Comparativo*. Datos de la OCDE de OECD Estadísticas de Salud (2019[14]), <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink <https://stat.link/gprk7c>

presencia de genéricos de marca en los mercados farmacéuticos. Además, el estudio encontró que la población tiene una baja confianza en los genéricos, implicando que esta es otra área a abordar desde el punto de vista de políticas públicas de salud (FNE, 2019[26]).

Algunos países de LAC ya han implementado incentivos para promover la producción o el registro de genéricos. Colombia aplica aranceles más bajos, México otorga exenciones de impuestos, Ecuador facilita los procesos burocráticos y El Salvador apoya a los pequeños y medianos productores farmacéuticos que trabajan en genéricos.

Además de enfocarse en el registro, distribución y producción de genéricos, los países podrían invertir en campañas de información, diseñadas para educar a la población sobre las ventajas del uso de genéricos, así como promover su uso en consultorios médicos y farmacias. Por ejemplo, campañas de comunicación de alcance poblacional para educar a usuarios y promover la seguridad y calidad de los genéricos; políticas que mandaten a los farmacéuticos a recordar a los pacientes cada vez que existe una alternativa genérica a la receta que están recibiendo; y regulaciones que alienten a las farmacias a vender más genéricos a través de mecanismos de pago basados en el rendimiento.

La evidencia de Maceira y Palacios (2016[27]) en Argentina sugiere que se deben tener en cuenta las actitudes de los consumidores y farmacéuticos al regular la promoción del uso de genéricos. A menudo los consumidores expresarán interés en gastar menos al comprar medicamentos, pero de la misma forma, no están dispuestos a elegir la alternativa genérica más económica, incluso cuando el farmacéutico sugiere alternativas en el punto de compra. Un estudio de Álvarez, González y Fernández (2019[28]) examinó el efecto de la entrada de medicamentos genéricos de marca en el período comprendido entre 2002 y 2017 en Chile. El estudio encontró que el

volumen de medicamentos vendidos aumentó en 148.1% después de 4 años, un aumento impulsado por el menor costo de los genéricos, un promedio de 33% más barato.

Malgasto en la gobernanza de los sistemas de salud

La fragmentación del sistema de salud es una fuente clave de malgasto en LAC

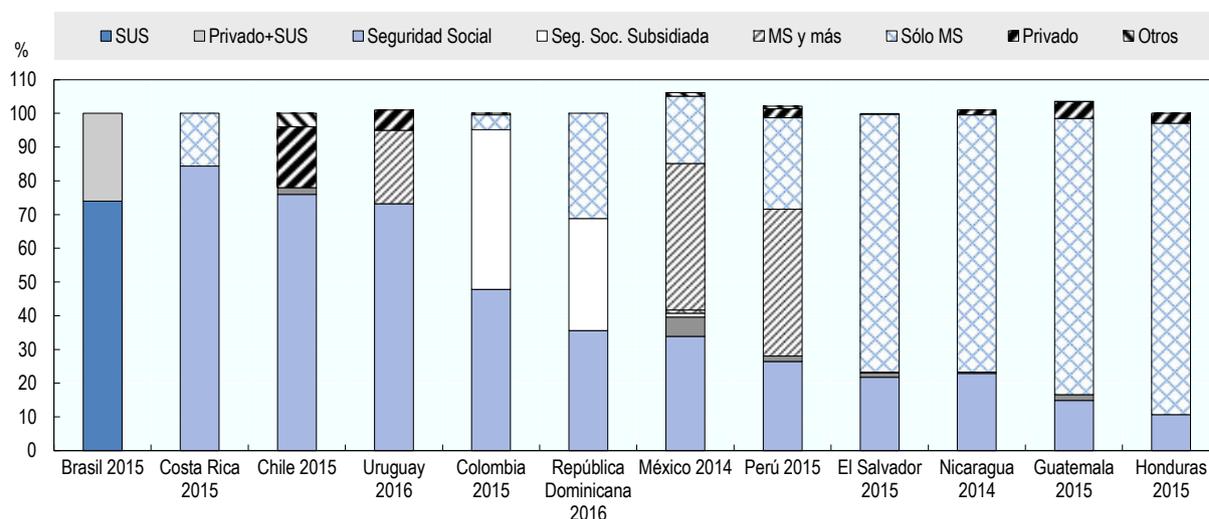
La mayoría de los sistemas de salud en LAC están organizados como varios subsistemas paralelos. Por lo general, estos subsistemas representan un componente público (p. ej. administrados por el Ministerio de Salud y financiados por impuestos generales); un sector de seguridad social (p. ej. aseguradores públicos y / o privados financiados a través de contribuciones sociales y, en algunos casos, en parte por impuestos generales); y un sector privado (p. ej. financiado directamente por los usuarios, prepago o en efectivo). La combinación de estos tres subsistemas varía de un país a otro, pero están presentes en casi todos ellos, especialmente desde la década de 1990 cuando los países de la región introdujeron esquemas de seguros financiados por el gobierno y la provisión de servicios de salud para cubrir a las personas pobres y los trabajadores informales, reforzando los subsistemas verticalizados con fragmentación de financiación y prestación de servicios. Esto ha llevado a la segregación de grupos de población de acuerdo con el empleo y el estado socioeconómico, y ha dejado a los segmentos más pobres sin cobertura efectiva en muchos países (Atun et al., 2015[29]).

La Figura 2.9 proporciona una imagen comparativa de doce países LAC donde la fragmentación institucional conduce a la duplicación de funciones de financiamiento y provisión (Vermeersch and Mohpal, 2017[30]). En un grupo, Brasil muestra una de las fragmentaciones más bajas a nivel nacional al cubrir a toda su población con el Sistema Único de Salud (SUS); además, alrededor del 26% de la población contrata un seguro privado de segundo piso. En un segundo grupo, Costa Rica, Chile, Uruguay, Colombia y República Dominicana tienen cerca del 70% o más de su población cubierta por esquemas contributivos y/o subsidiados de seguridad social. En un tercer grupo, México y Perú tienen más del 40% de su población afiliada a instituciones dependientes del Ministerio de Salud (Seguro Popular y el Seguro Integral de Salud, respectivamente), junto con la población cubierta por el seguro social, un seguro privado o directamente por el Ministerio de Salud. En un cuarto grupo, El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Honduras tienen más del 75% de su población atendida directamente por el Ministerio de Salud, y el seguro social cubre a la mayoría del resto de la población.

Desde el punto de vista de la gobernanza, las fuentes de malgasto pueden ocurrir principalmente a partir de la administración y gestión de recursos y servicios, y las funciones de financiamiento de la salud (OCDE, 2017[2]). Tabla 2.4 proporciona una visión general de las funciones de gobernanza donde se pueden identificar los malgastos en relación con la fragmentación, junto con ejemplos de países seleccionados de LAC.

En la práctica, la existencia de múltiples subsistemas y actores conduce a la duplicación de tareas tales como inscripción, recaudación de contribuciones, procesamiento de reclamos y cobranza, gestión de beneficios, ventas y publicidad, compras y contrataciones, y el cumplimiento de las regulaciones gubernamentales y no gubernamentales. Los resultados de los análisis en los países de la OCDE (OCDE, 2017[2]) pueden proporcionar algunas ideas clave que pueden ser útiles para la región de LAC, específicamente en lo relacionado con las consecuencias de la fragmentación en el gasto administrativo dentro de los sistemas de salud. Primero, pequeñas diferencias existen en los costos administrativos de los sistemas basados en impuestos generales y derecho basado en la residencia, con los sistemas con un solo pagador basado en un seguro único. En LAC, este sería el caso al comparar Brasil con Costa Rica y Uruguay. En segundo lugar, los sistemas de pagador único tienen costos administrativos más bajos que los sistemas de pagador múltiple. En LAC, esto podría aplicarse cuando se compara un sistema de pagador único en Costa Rica y Uruguay, con países que

Figura 2.9. **Fragmentación que conlleva duplicación de funciones de gobernanza, financiamiento y provisión de servicios en países seleccionados de LAC, 2015**



Nota: Los países pueden tener más del 100% de la población cubierta debido a la doble o incluso triple afiliación de parte de la población.

SUS – Sistema Único de Salud en Brasil; Privado + SUS: doble cobertura de SUS más un seguro privado en Brasil; Seguridad Social – Costa Rica (Caja del Seguro Social), Chile (FONASA), Uruguay (FONASA), Colombia (Régimen Contributivo) y República Dominicana (Régimen Contributivo); Seguridad Social Subsidiada – Régimen Subsidiado en Colombia y República Dominicana; Ministerio de Salud Plus – México (Seguro Popular), Perú (Seguro Integral de Salud), Uruguay (afiliación gratuita a AUSSA); Sólo MS – Ministerio de Salud.

Fuente: Vermeersch y Mohpal (2017[30]), Latin America and the Caribbean: A Narrative for the Health Sector.

StatLink <https://stat.link/d06uhm>

tienen esquemas de pagadores múltiples como Argentina, Chile, Colombia, México y Perú. Tercero, los sistemas de múltiples pagadores con libre elección de asegurador tienden a tener costos administrativos más altos que los sistemas de múltiples pagadores con afiliación automática. Esto se puede aplicar para comparar países de múltiples aseguradoras con afiliación automática como Bolivia, República Dominicana, México, Panamá y Perú con países que implementan esquemas de múltiples aseguradoras con elección de asegurador como Argentina, Chile, Colombia, Guatemala y Surinam. Cuarto y último, los esquemas de seguro privado tienen costos administrativos mucho más altos que cualquier esquema público. Esto último puede aplicarse a casi todos los países de LAC, ya que los seguros privados se han establecido con diferentes características y regulaciones. Por ejemplo, el seguro privado en Brasil es complementario o suplementario a la cobertura proporcionada por el Sistema Único de Salud (SUS), mientras que en Chile las aseguradoras privadas (ISAPRE) pueden recibir y administrar la contribución obligatoria de salud de sus afiliados, pero la regulación aún les permite “escoger” a la población de bajo riesgo y de ingresos más altos y les ofrece mucha libertad para definir las primas, los beneficios y la cobertura de un gran componente de sus servicios.

La fragmentación en la cobertura de atención médica crea silos de población, en la mayoría de los casos dividiéndolos por condiciones sociales, y socava los esfuerzos destinados a reducir las desigualdades y lograr sistemas de salud eficientes. A pesar de que algunos países de LAC han introducido reformas y cambios organizativos que enfatizaron el valor intrínseco de la salud para la ciudadanía, aún no han podido eliminar las inequidades en el acceso, en la protección financiera y en los resultados producidos por la fragmentación, siendo uno de los desafíos clave para la región.

Midiendo el gasto para identificar el desglose más eficiente por función y nivel de atención

Los datos sobre el gasto funcional indican la proporción del gasto según las funciones de los sistemas de salud y el tipo de atención. Esto puede ilustrar posibles fuentes de malgasto. Por

Tabla 2.4. Ejemplos de fuentes de malgasto debido a la fragmentación en la estructura de gobernanza de sistemas de salud seleccionados de LAC.

Área de gobernanza	Funciones de gobernanza	Ejemplos de fuentes de malgasto en países seleccionados de LAC
Diferencias en la dirección y gestión de recursos.	Planificación y diseño de la canasta de beneficios	En El Salvador, las aseguradoras pueden determinar libremente los beneficios y el nivel de cobertura, lo que significa que los servicios para la población y sus copagos no son los mismos entre el Instituto Salvadoreño de Seguridad Social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), el Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armadas y el Ministerio de Salud (que cubre alrededor del 77% de la población) (Lorenzoni et al., 2019[5]).
	Recursos humanos	Chile tiene varias leyes que regulan la forma en que se gestionan los recursos humanos en el sector público: una para los trabajadores de salud en atención primaria administrada por los municipios; tres leyes para médicos, dentistas y farmacéuticos que trabajan en atención secundaria y hospitales; y una para todos los demás trabajadores de salud de atención secundaria y hospitales. Además, el Código Laboral general se aplica a algunos trabajadores de la salud en el sector público y a todos en el sector privado (Sugg, Galleguillos and Caravantes, 2018[31]).
	Información sanitaria y desarrollo de las TIC	Paraguay recopila información de salud por separado de los 3 subsistemas del sector de la salud, cada uno con sus propias reglas e infraestructura. El Ministerio de Salud recopila información directamente de sus proveedores (p. ej. las unidades de salud familiar); el Instituto de Previsión Social (IPS) recopila datos de su red de prestadores; y la Superintendencia de Salud reúne información de proveedores privados (OCDE, 2018[32]).
	Dirección ejecutiva, regulación y monitoreo	En Perú, cada una de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) y el Ministerio de Salud tienen su propia dirección ejecutiva y supervisan la estructura y maquinaria. Por lo tanto, las funciones gerenciales como la planificación, el control y la ejecución en el Seguro Social de Salud (EsSalud), el Seguro Integral de Salud (SIS), los Seguros de la Policía y las Fuerzas Armadas y el sector privado se ejecutan mayoritariamente en paralelo (OCDE, 2017[33]).
Duplicación de funciones y costos de financiamiento de la salud.	Movilización de recursos	República Dominicana recauda fondos por separado para cuatro subsistemas que tienen sus propios acuerdos contables y de gestión: el Ministerio de Salud y el Servicio Nacional de Salud a través de impuestos generales; contribuciones sociales de empleadores y empleados para el régimen contributivo de la seguridad social; impuestos generales para el Régimen Subsidiado de la seguridad social; y primas prepagas directas para aseguradoras privadas (Rathe, 2018[34]).
	Mancomunación de fondos	Argentina tiene más de 500 aseguradoras privadas de atención médica, organizaciones nacionales de seguro social y organizaciones provinciales de seguro de salud; cada una de ellas puede considerarse como un fondo de mancomunación único. Solo para las aseguradoras de la seguridad social (“Obras Sociales”, que cubre al 60% de la población), existe un Fondo Solidario de Redistribución en el que actualmente solo del 15 al 20% de las contribuciones sociales se pueden distribuir entre las aseguradoras con el objetivo de equiparar algunos de los riesgos y cubrir algunos servicios específicos (Cetrángolo and Goldschmit, 2018[35]).
	Compras	Las instituciones operativas mexicanas – Seguro Popular y Servicios de Salud del Estado, institutos de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), el sector privado, así como el Ministerio de Salud en algunos casos – poseen y administran sus instalaciones, integrando las funciones de compra y prestación de servicios y productos farmacéuticos en su mayoría dentro de sus propias redes. La duplicación ocurre para funciones tales como establecer prioridades con respecto a las necesidades de infraestructura y servicios ofrecidos, contratación de trabajadores, adquisición de bienes (p. ej. productos farmacéuticos) y definición de mecanismos de pago (OCDE, 2016[36]).

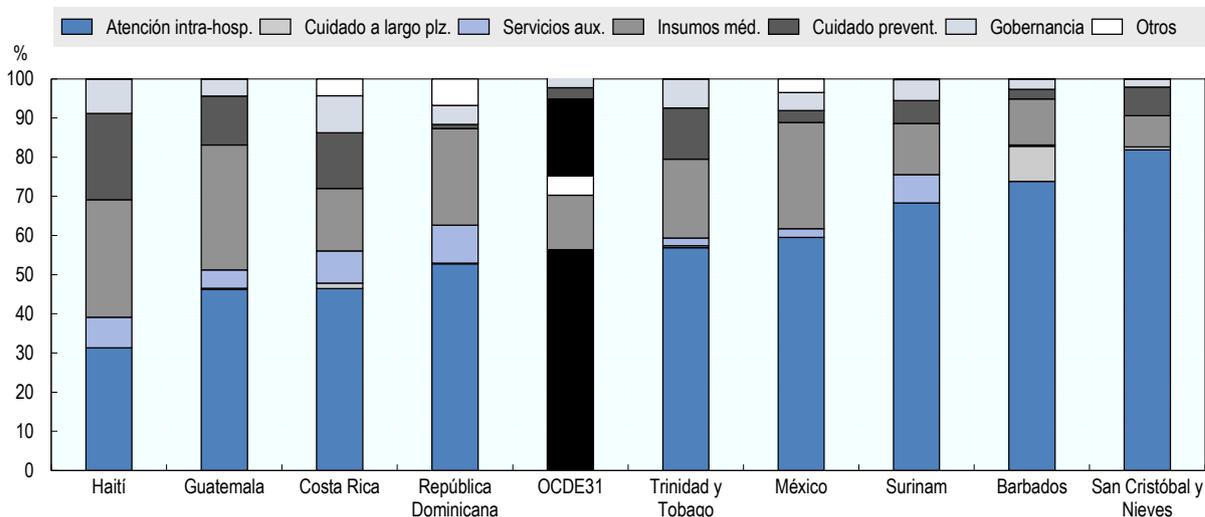
Fuente: Revisión de los autores y adaptado de OECD (2017[2]), *Tackling Wasteful Spending on Health*, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

ejemplo, un sistema de salud eficiente ofrece una combinación óptima de atención curativa (generalmente menos rentable, tratando a los pacientes cuando se enferman) y una atención preventiva (generalmente más rentable, que se dirige a los pacientes antes de que se enfermen). Los sistemas eficientes también deben apuntar a alcanzar el gasto administrativo apropiado, evitando duplicaciones y acciones de gobernanza innecesarias o de bajo valor.

La recopilación de estos datos es una forma efectiva de identificar ineficiencias administrativas y de asignación, que representan una parte significativa de los malgastos en todos los sistemas de salud. La disponibilidad actual de datos es limitada, ya que al 2019, solo 8 países de LAC lograron compartirla. A medida que se dispone de datos de más países, se puede identificar una combinación óptima más precisa de gasto funcional para guiar aún más a los países a minimizar el malgasto.

La Figura 2.10 muestra que el desglose del gasto corriente en salud por función presenta una variación sustancial en la región de LAC. El gasto en atención curativa representa la mayor proporción en todos los países, aunque es relativamente más pequeño en Haití. Haití también parece gastar una cantidad desproporcionada en productos médicos, mientras que República Dominicana gasta muy poco en atención preventiva.

Figura 2.10. **Desglose del gasto sanitario corriente por función asistencial**



Fuente: OMS (2019), Base de Datos Global de Gastos en Salud.

StatLink <https://stat.link/yua8tw>

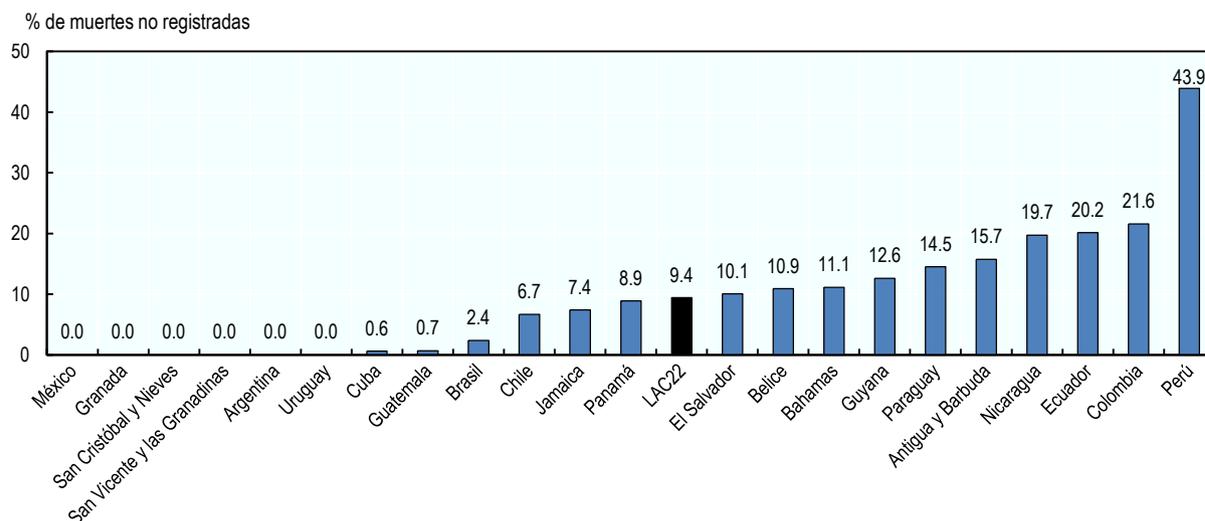
Los datos disponibles sugieren que algunos países de LAC (particularmente Haití, Costa Rica y Trinidad y Tobago) gastan una mayor proporción del gasto corriente en salud en atención preventiva que los países de la OCDE. El gasto en prevención de los países de la OCDE con frecuencia cae entre 1% y 6%. Aunque no se ha establecido una proporción óptima del gasto en prevención, las intervenciones de prevención se consideran como altamente costo-efectivas, lo que sugiere que una proporción tan pequeña está causando que los países en general pierdan oportunidades de capitalizar la inversión en esta función. Sin embargo, la evidencia de los países de la OCDE también sugiere que una gran proporción del gasto en prevención se utiliza para intervenciones no tan rentables, como los controles médicos rutinarios. Se ha demostrado que actividades como las vacunas y las campañas de detección son más costo-efectivas, lo que sugiere que todos los países deberían examinar la composición de sus gastos de prevención para minimizar el malgasto. Las restricciones presupuestarias planteadas por las recesiones también tienden a afectar particularmente las actividades de prevención, que a menudo son la primera función que se reduce. Mantener un gasto adecuado en un contexto de recursos limitados es un desafío para todos los países, pero es clave que se considere la costo-efectividad al tomar decisiones de reducción del presupuesto.

Mejorando los sistemas de información sanitaria para reducir el malgasto

Para identificar las fuentes de ineficiencia y las áreas de mejora potencial, se necesitan datos de buena calidad sobre insumos, productos, resultados, procesos y mecanismos de retroalimentación. Paralelamente a los datos necesarios para intervenciones específicas de eficiencia, los países deberían invertir en infraestructura de salud y sistemas de tecnologías de información que orienten sobre políticas y procesos clínicos de una manera ágil y útil.

La Figura 2.11 muestra la brecha actual en el informe de estadísticas vitales en la región de LAC, específicamente sobre los datos de mortalidad. Esto ilustra el desafío en muchos países de rastrear adecuadamente los eventos vitales y la información clínica a lo largo de la vida de un paciente y sus interacciones con el sistema de salud. Las muertes no registradas son particularmente comunes en Perú, pero también son altas en Colombia, Ecuador, Nicaragua y Antigua y Barbuda (más del 15%).

Figura 2.11. **Sub-registro de muertes en 22 países de Latinoamérica y el Caribe, 2016 (o último año disponible)**



Fuente: OPS (2019[37]), *Core Indicators 2019: Health Trends in the Americas*, <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators.html>.

StatLink <https://stat.link/xn0uhk>

Las tecnologías de la información se pueden usar tanto directa como indirectamente para reducir el malgasto. En primer lugar, un proceso eficiente en todas las áreas del sistema de salud depende de sistemas de información efectivos. Esto incluye sistemas para referir adecuadamente a los pacientes entre las instalaciones y los niveles de atención, para compartir información en tiempo real e informar las decisiones a nivel operativo y de gobierno, entre otros usos. En segundo lugar, son fundamentales para detectar prácticas de mayor malgasto y variaciones injustificadas, que luego pueden abordarse de manera más rápida y precisa.

La fragmentación entre proveedores, regiones y niveles de atención, junto con una división entre los formuladores de políticas y el personal de salud en el terreno, son desafíos particularmente importantes para los sistemas de información de salud en la región de LAC. Por ejemplo, Perú ha invertido en un sistema de información capaz de producir grandes cantidades de información, pero la falta de interoperabilidad entre diferentes proveedores y regiones desafía la calidad y la exhaustividad de estos datos. Además, la recopilación de información de salud es a menudo una carga para los trabajadores de salud de primera línea, particularmente en contextos con infraestructura limitada (uso de registros en papel o conectividad irregular). Esto puede conducir a una disminución tanto de la calidad de la información como de la provisión de atención. En algunos casos, incluso cuando la información se recopila adecuadamente en el punto de atención y se comparte con las instituciones responsables de su procesamiento, esta información a menudo no se usa de manera significativa para tomar decisiones basadas en evidencia o para proporcionar retroalimentación a los proveedores (OCDE, 2017[38]). La recopilación de información que no tiene un propósito o valor real para la mejora del sistema representa un claro ejemplo de malgasto que los países deberían invertir en abordar.

Otra prioridad para los países que buscan construir sistemas de información que contribuyan a la reducción de malgastos es el desarrollo de la capacidad para rastrear e informar las decisiones sobre la calidad de la atención. El ejercicio de recopilación de datos implementado por el Banco Mundial y la OCDE en el contexto de esta publicación, encontró que muy pocos países en la región de LAC actualmente recopilan indicadores de calidad a nivel nacional, lo que hace que no sea posible realizar una evaluación comparable e integral de la calidad de la atención. Dado que la calidad es una dimensión clave de la cobertura universal de salud, los países deberían tratar de medirla mejor para impulsar su desarrollo, paralelamente a los esfuerzos por mejorar el acceso y la protección financiera.

Mejorando la gobernanza y las instituciones en los sistemas de salud de LAC

La gobernanza y las instituciones ineficaces son un importante impulsor de la ineficiencia. En algunos casos, los procesos de gobernanza inadecuada toman la forma de corrupción, donde los actores desvían deliberadamente los recursos del sistema de atención de salud por su propio interés o por el interés de un grupo al que apoyan. Estas violaciones de integridad prevalecen en todos los países del mundo y pueden tener lugar en el contexto de una amplia gama de transacciones que involucran a proveedores de servicios de salud, pagadores de estos servicios y/o destinatarios/consumidores. Además, pueden ocurrir en la adquisición y distribución de bienes y servicios médicos, y en la promoción de intereses corporativos/industriales en el sector de la salud (OCDE, 2017[2]).

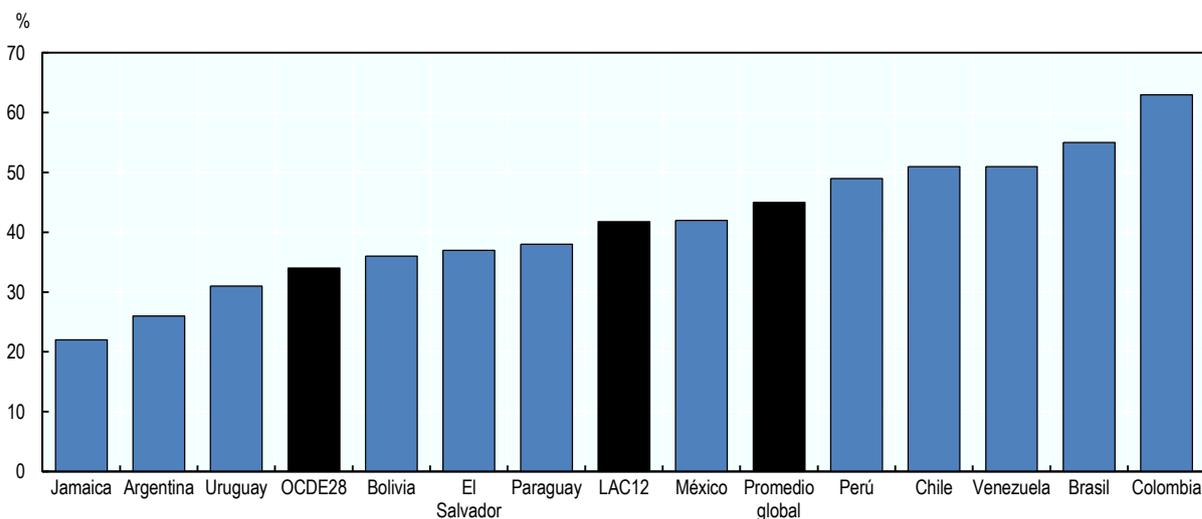
La corrupción en la salud puede afectar el ámbito financiero, con el desarrollo de malgastos en forma directa (el dinero se desvía del sistema) e indirectamente (el riesgo de corrupción requiere inversiones adicionales en actividades de prevención o detección). Además, las violaciones de integridad pueden afectar la calidad de los bienes y servicios (p. ej. provisión de medicamentos o equipos de calidad deficiente o de servicios innecesarios), acceso a la atención y equidad (p. ej. los pagos informales pueden desalentar el acceso), la eficiencia de asignación entre sectores (p. ej. gastar menos en salud) y en la confianza y el bienestar públicos (OCDE, 2017[2]).

Las violaciones de integridad en salud son difíciles de medir, por ejemplo, porque la comprensión de lo que puede constituir fraude, abuso y corrupción no es uniforme. Sin embargo, las encuestas para evaluar las percepciones de las personas pueden proporcionar una buena idea y permitir la comparación entre países. La Figura 2.12 presenta el porcentaje de la población que cree que el sector de la salud es corrupto o muy corrupto para 12 países de LAC, el promedio de la OCDE para 28 países y el promedio global para 103 países. El nivel de corrupción percibida en salud dentro de los países de LAC varía entre 63% en Colombia y el 22% en Jamaica, con un promedio de 42%, mayor que el promedio de la OCDE de 34% y menor que el promedio global de 45%.

La Figura 2.13 muestra los porcentajes de personas que declararon haber dado sobornos en sus encuentros con hospitales públicos y centros de salud en 18 países de LAC. Venezuela se destaca con el 34% de las personas que declaran dar sobornos, seguido de Perú (19%), México (16%) y Honduras (15%). En el otro extremo, Costa Rica, Brasil y Barbados tienen un 5% o menos de su población que declara sobornar a las instituciones de salud.

Los principales interesados a los que deben dirigirse las políticas y acciones para abordar el malgasto relacionado con la corrupción incluyen proveedores de bienes y servicios médicos, proveedores o fabricantes de bienes y servicios médicos, pagadores, el sector regulador e individuos. Todos estos actores pueden cometer o ser víctimas de corrupción. Las violaciones de integridad de estos actores pueden ocurrir en la entrega de servicios de salud, los pagos y decisiones de cobertura; en las adquisiciones y distribución; y a través de prácticas comerciales inapropiadas (Transparency International, 2006[41]).

Figura 2.12. **Porcentaje de la población que considera que el sector de la salud es corrupto o muy corrupto en 12 países de LAC con datos**

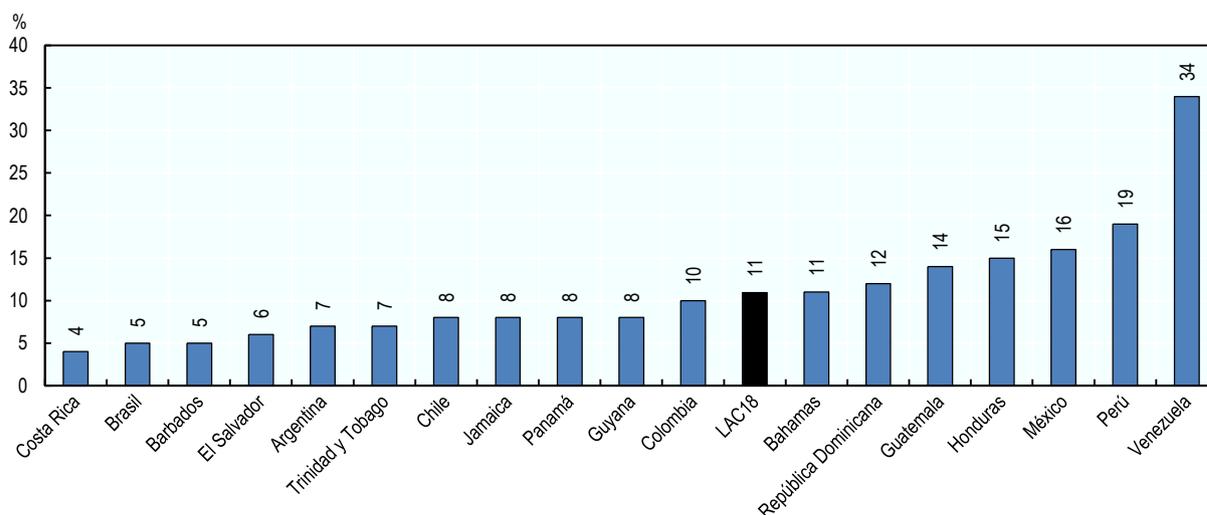


Nota: El promedio global incluye 103 países. El promedio de la OCDE y LAC incluye 28 y 12 países, respectivamente.

Fuente: Transparency International (2013[39]), Global Corruption Barometer 2013, <https://www.transparency.org/gcb2013/report>.

StatLink <https://stat.link/8gno4l>

Figura 2.13. **Tasas de soborno en hospitales públicos y centros de salud basado en personas que usaron estos servicios públicos en los 12 meses anteriores, 2019**



Fuente: Transparency International (2019[40]), Global Corruption Barometer, Latin America & the Caribbean 2019. Citizens' views and experiences of corruption, https://www.transparency.org/files/content/pages/2019_GCB_LatinAmerica_Caribbean_Full_Report.pdf.

StatLink <https://stat.link/d607ap>

Algunos países de la OCDE han desarrollado políticas relacionadas con la detección activa de violaciones de integridad en la prestación de servicios y financiamiento, utilizando minería de datos y campañas de revisión. Además, otros países han regulado la relación entre los actores públicos y privados, principalmente mediante el aumento de la transparencia, por ejemplo, exigiendo la divulgación de las relaciones financieras y las transferencias de valor (p. ej. 'Sunshine Act'). Particularmente en el sector farmacéutico, se han desarrollado códigos de conducta principalmente como iniciativas de autorregulación (OCDE, 2017[2]). Estas acciones van en línea con las

recomendaciones políticas, como garantizar que las personas puedan denunciar la corrupción de manera segura, garantizar que los castigos se apliquen de manera justa, permitir que las ONG operen libremente y capacitar a los ciudadanos para que rindan cuentas a los gobiernos (Transparency International, 2019[40]).

En LAC, varios países han establecido regulaciones para controlar la corrupción. Por ejemplo, con la excepción de Bolivia, Costa Rica, Cuba y Venezuela, la mayoría de los países tienen leyes que garantizan el acceso a la información oficial, incluso del sector de la salud (UNESCO, 2017[42]).

Conclusión

Este capítulo ha discutido la importancia de identificar y reducir el malgasto en salud en LAC, en el contexto de una necesaria expansión del financiamiento de la salud y de un giro hacia una menor dependencia en el gasto privado como camino hacia la cobertura universal en salud de alta calidad. Mientras los países enfrentan limitaciones recurrentes de los recursos públicos, innovación tecnológica y perfiles epidemiológico y demográfico cambiantes, estos deben invertir en su capacidad para mantener el malgasto en niveles mínimos en todas las dimensiones y áreas de sus sistemas de salud. Esto ayudará a liberar recursos existentes y a aumentar la voluntad de actores clave para movilizar recursos adicionales para salud. Además, contribuirá a asegurar la sostenibilidad en largo plazo de los sistemas de salud y su resiliencia contra situaciones de falta de recursos y eventos emergentes en el presente y futuro.

El capítulo ha identificado áreas específicas de malgasto y ha reconocido algunas herramientas que los países de LAC pueden usar para reducirlo en tres áreas del sistema de salud:

- **Atención clínica:** los malgastos a nivel clínico pueden abordarse invirtiendo primero en la capacidad de identificar variaciones injustificadas, lo que ayuda a los tomadores de decisiones a comprender dónde el malgasto es más prevalente y qué factores los influyen. El malgasto a nivel clínico también puede abordarse reduciendo los procedimientos que aportan poco o ningún valor al sistema y al paciente, y que en algunos casos incluso pueden aumentar los efectos dañinos. Además, promover el uso racional de medicamentos a través de incentivos para recetar y consumir antibióticos solo cuando sea necesario ayuda a reducir el gasto y la amenaza que representa la resistencia a los antimicrobianos.
- **Malgastos operacionales:** los países deben desarrollar aún más sus mecanismos de priorización, como la capacidad de establecer qué tecnologías aportan el mejor valor a través de las evaluaciones de tecnologías sanitarias y el uso de dichos hallazgos para la toma de decisiones. Pueden abordar el uso excesivo de recursos hospitalarios reduciendo los ingresos por afecciones que pueden tratarse de manera más eficiente en el nivel de atención primaria y asegurando que los pacientes puedan ser dados de alta de la manera más rápida y segura posible. Se debe incentivar el uso de genéricos para garantizar que los recursos no se desperdicien en alternativas de marca más costosas.
- **Malgasto en la gobernanza:** los malgastos también pueden abordarse en la dimensión de gobernanza. Primero, la estructura fragmentada de la mayoría de los sistemas de salud de LAC es una fuente importante de malgasto, lo que requerirá una mayor revisión y reformas. Además, establecer un equilibrio eficiente en el gasto entre diferentes funciones del sistema de salud es clave para reducir el malgasto en un área mientras se puede estar sub-financiando otra. Los países deben asegurarse de que sus sistemas de información puedan realizar un seguimiento adecuado del rendimiento y producir datos útiles, al tiempo que invierten en su capacidad para analizar dicha información y utilizarla para informar las decisiones en todos los niveles. Finalmente, hay evidencia de que los sistemas de salud de LAC están malgastando

intencionalmente en muchos casos, lo que plantea un desafío importante para mejorar la integridad en los sectores público y privado, y reducir el malgasto relacionado con la corrupción.

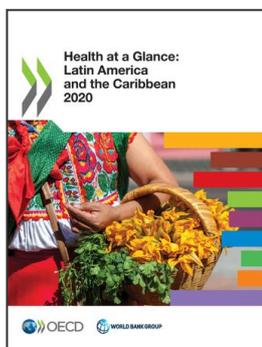
Cualquier esfuerzo exitoso para reducir el malgasto debe abordarlo de manera integral y holística. También debe basarse en la participación de todos los actores del sistema de salud y en una comunicación efectiva y transparente. Es clave asegurarse de que tanto los pacientes como los proveedores estén bien informados y comprendan cómo sus elecciones son parte del panorama general del sistema de salud. La evidencia muestra que varios países de LAC han estado haciendo esfuerzos para reducir el malgasto, pero como se analizó en este capítulo, hay muchas otras mejoras al alcance de todos los sistemas de salud en la región. Sin recortar los presupuestos de salud e incluso considerando las necesidades de aumentar el gasto público en salud, ser más eficientes y lograr mejores resultados para las personas que más lo necesitan no son mutuamente excluyentes. Cuando las políticas se diseñan e implementan adecuadamente, estos objetivos pueden ser sinérgicos.

Referencias

- [16] ABIM Foundation (2020), *Choosing Wisely | Promoting conversations between providers and patients*, <http://www.choosingwisely.org/> (accessed on 29 January 2020).
- [28] Alvarez, R., A. Gonzalez and S. Fernandez (2019), "The Competitive Impact of Branded Generic Medicine in a Developing Country", *Universidad de Chile, Departamento de Economía*.
- [29] Atun, R. et al. (2015), *Health-system reform and universal health coverage in Latin America*, Lancet Publishing Group, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61646-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61646-9).
- [35] Cetrángolo, O. and A. Goldschmit (2018), *Las obras sociales y otras instituciones de la seguridad social para la salud en Argentina. Origen y situación actual de un sistema altamente desigual*, CECE, <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf> (accessed on 15 November 2019).
- [26] FNE (2019), *Estudio de Mercado sobre Medicamentos (EM03-2018) : Informe preliminar*, Fiscalía Nacional Económica de Chile, Santiago, https://www.fne.gob.cl/wp-content/uploads/2019/11/Informe_preliminar.pdf.
- [3] Guanais, F., R. Gómez-Suárez and L. Pinzón (2012), "Series of Avoidable Hospitalizations and Strengthening Primary Health Care: Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America", *Inter-American Development Bank Discussion Paper*, <https://publications.iadb.org/en/publication/11805/series-avoidable-hospitalizations-and-strengthening-primary-health-care-primary>.
- [20] Hernández-Gómez, C. et al. (2016), "Economic Impact of an Antimicrobial Stewardship Program Implementation in Three High-Complexity Hospitals in Colombia", *Open Forum Infectious Diseases*, Vol. 3/ suppl_1, <http://dx.doi.org/10.1093/ofid/ofw172.726>.
- [25] IQVIA (2019), *Precio de los Medicamentos en América Latina, Análisis Comparativo*, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45423-analisis-comparativo-precios-medicamentos-america-latina>.
- [10] Izquierdo, A., C. Pessino and G. Vuletin (2018), *Better Spending for Better Lives: How Latin America and the Caribbean Can Do More with Less*, InterAmerican Development Bank, <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Better-Spending-for-Better-Lives-How-Latin-America-and-the-Caribbean-Can-Do-More-with-Less.pdf>.
- [8] Kim (2014), *Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia*, Ministerio de Salud y Protección Social, Gobierno de Colombia.
- [23] Leppin, A. et al. (2014), *Preventing 30-day hospital readmissions: A systematic review and meta-analysis of randomized trials*, American Medical Association, <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.1608>.
- [5] Lorenzoni, L. et al. (2019), "Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries", *OECD Health Working Papers*, Ediciones OCDE, París, <https://doi.org/10.1787/0e8da4bd-en>.
- [27] Maceira, D. and A. Palacios (2016), "Percepciones, Actitudes y Patrones en el Consumo de Medicamentos", *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*.
- [11] Magne, F. et al. (2017), "The Elevated Rate of Cesarean Section and Its Contribution to Non-Communicable Chronic Diseases in Latin America: The Growing Involvement of the Microbiota", *Frontiers in Pediatrics*, Vol. 5, <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2017.00192>.
- [9] MINSALUD (2019), *Colombian Atlas of Geographical Variations SISPRO*, Sistema Integrado de Información de la Protección Social, Colombia, <https://sig.sispro.gov.co/sigmsp/index.html> (accessed on 4 October 2019).

- [14] OCDE (2019), *OECD Health Statistics 2019*, Ediciones OCDE, París, <https://doi.org/10.1787/health-data-en>.
- [32] OCDE (2018), *Multi-dimensional Review of Paraguay : Volume 2. In-depth Analysis and Recommendations.*, Ediciones OCDE, París, <http://dx.doi.org/doi.org/10.1787/23087358>.
- [19] OCDE (2018), *Stemming the Superbug Tide: Just A Few Dollars More*, OECD Health Policy Studies, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264307599-en>.
- [38] OCDE (2017), *Monitoring Health System Performance in Peru: Data and Statistics*, OECD Reviews of Health Systems, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264282988-en>.
- [33] OCDE (2017), *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*, OECD Reviews of Health Systems, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264282735-en>.
- [2] OCDE (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- [36] OCDE (2016), *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*, OECD Reviews of Health Systems, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.
- [7] OCDE (2014), *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?*, OECD Health Policy Studies, Ediciones OCDE, París, <https://dx.doi.org/10.1787/9789264216594-en>.
- [1] OCDE et al. (2019), *Latin American Economic Outlook 2019: Development in Transition*, OECD Publishing, París, <https://dx.doi.org/10.1787/g2g9ff18-en>.
- [13] OMS (2019), *Global Health Observatory data*, <https://www.who.int/gho/en/>.
- [18] OMS (2018), *WHO Report on Surveillance of Antibiotic Consumption: 2016 - 2018 Early implementation*, World Health Organisation, Geneva, https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/oms-amr-amc-report-2016-2018/en/.
- [15] OMS (2015), *Declaración de la OMS sobre tasas de cesá*, Organización Mundial de la Salud, https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/.
- [21] OPS (2019), *Base Regional de Informes de Evaluación de Tecnologías en Salud de las Américas (BRISA)*, Health Technology Assessments Network for the Americas (RedETSA), <http://sites.bvsalud.org/redetsa/brisa/> (accessed on 5 October 2019).
- [37] OPS (2019), *Core Indicators 2019: Health Trends in the Americas*, PLISA Database, <http://www.paho.org/data/index.php/en/indicators.html>.
- [17] OPS and FIU (2018), *Recommendations for Implementing Antimicrobial Stewardship Programs in Latin America and the Caribbean: Manual for Public Health Decision-Makers*, Pan American Health Organization. Florida International University, Washington, D.C., <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49645>.
- [4] Pinto, D. et al. (2018), *More efficiency for healthier lives*, Inter-American Development Bank.
- [34] Rathe, M. (2018), "Dominican Republic: Implementing a health protection system that leaves no one behind", *Universal Health Coverage Study Series*, No. 30, World Bank Group, Washington DC, <http://dx.doi.org/10.1596/29182>.
- [24] Renaudin, P. et al. (2016), "Do pharmacist-led medication reviews in hospitals help reduce hospital readmissions? A systematic review and meta-analysis", *British Journal of Clinical Pharmacology*, Vol. 82/6, pp. 1660-1673, <http://dx.doi.org/10.1111/bcp.13085>.
- [22] Rojas-García, A. et al. (2017), "Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review", *Health Expectations*, Vol. 21/1, pp. 41-56, <http://dx.doi.org/10.1111/hex.12619>.
- [12] Stordeur, S. et al. (2016), *Elective Caesarean Section in Low-Risk Women at Term: Consequences for Mother and Offspring*, Belgian Health Care Knowledge Centre.
- [31] Sugg, D., P. Galleguillos and R. Caravantes (2018), *Caracterización del Gasto en Personal de los Servicios de Salud*, Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, https://www.dipres.gob.cl/598/articles-171767_doc_pdf.pdf.
- [40] Transparency International (2019), *Global Corruption Barometer, Latin America & the Caribbean 2019. Citizens' views and experiences of corruption*, Transparency International, https://www.transparency.org/files/content/pages/2019_GCB_LatinAmerica_Caribbean_Full_Report.pdf.
- [39] Transparency International (2013), *Global Corruption Barometer 2013*, <https://www.transparency.org/gcb2013/report>.
- [41] Transparency International (2006), *Global Corruption Report 2006: Corruption and health*, https://www.transparency.org/whatwedo/publication/global_corruption_report_2006_corruption_and_health.

- [42] UNESCO (2017), *Access to information: lesson from Latin America*, UNESCO Office Montevideo and Regional Bureau for Science in Latin America and the Caribbean, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000249837>.
- [30] Vermeersch, C. and A. Mohpal (2017), *Latin America and the Caribbean: A Narrative for the Health Sector*, The World Bank.
- [6] Wennberg, J. (2011), "Time to tackle unwarranted variations in practice", *BMJ*, Vol. 342/mar17 3, pp. d1513-d1513, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d1513>.



From:
Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020

Access the complete publication at:

<https://doi.org/10.1787/6089164f-en>

Please cite this chapter as:

OECD/The World Bank (2020), "Identificar y abordar el malgasto en los sistemas de salud de Latinoamérica y el Caribe", in *Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020*, OECD Publishing, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/33d72044-es>

This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area. Extracts from publications may be subject to additional disclaimers, which are set out in the complete version of the publication, available at the link provided.

The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at <http://www.oecd.org/termsandconditions>.