
EDITORIAL

Desde 1946, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han reconocido que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”.^{1,*} Esta declaración es el valor central que, junto con la equidad y la solidaridad, sustenta los debates y consensos que hemos alcanzado en las Américas en relación con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud (*salud universal*).

Lo anterior implica un acuerdo de avanzar hacia el objetivo de que:

todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.²

Por tanto, alcanzar la *salud universal* requiere de un nuevo pacto social en nuestros países que, en línea con los compromisos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), defina e implemente nuevas políticas y acciones con un enfoque multisectorial, que actúen sobre los determinantes sociales de la salud, fomenten el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar y generen las condiciones políticas y técnicas para transformar nuestros sistemas de salud.

La estrategia para la *salud universal* implica cuatro líneas de acción claramente interdependientes: a) ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de

calidad, centrados en las personas y las comunidades; b) fortalecer la rectoría y la gobernanza; c) aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios, y d) fortalecer la coordinación multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud que garanticen la sostenibilidad de la estrategia.

Aumentar y mejorar el financiamiento obliga a realizar un enorme esfuerzo por la eficiencia en el uso de los recursos. Por un lado, no es posible técnica, política, ni éticamente generar mayores espacios fiscales ni disposición de las personas a contribuir con los sistemas de salud si no está a la vista un uso que se perciba como correcto de los recursos disponibles. Por otro lado, para aumentar la eficiencia, a menudo se necesitan nuevas inversiones y recursos. Éste es el caso, entre muchos otros, de una intervención con alto potencial de eficiencia, como el aumento de la capacidad resolutoria y articuladora del primer nivel de atención, para tener sistemas de salud más centrados en las personas y las comunidades organizados en redes integradas basadas en la atención primaria de salud (APS).

En este sentido, no se trata sólo de más recursos financieros para avanzar hacia la *salud universal* ni tampoco sólo de más eficiencia. Se necesitan acciones de política pública en esos dos ámbitos desde una mirada abarcadora, que incluya el corto, mediano y largo plazos.

La eficiencia se ha definido como la relación entre los resultados obtenidos en una actividad dada y los recursos utilizados.³ Cuando se habla de eficiencia en salud, se refiere a alcanzar la mayor contribución posible al “grado máximo de salud” con los recursos disponibles. El logro de la eficiencia no es un tema meramente económico sino también ético, ya que los recursos que no se despilfarran podrán emplearse en mejorar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios. La OMS llegó incluso a plantear que un sistema de salud es eficiente cuando es capaz de brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad con un mínimo de recursos.⁴ En

* La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Entró en vigor el 7 de abril de 1948.

especial, garantizar los servicios de salud deviene en un reto tanto para los prestadores de servicios como para las sociedades, pues esta actividad está acompañada de altos y crecientes costos dados, entre otros elementos, por la complejidad ascendente de los tratamientos, los siempre mayores requerimientos en términos de recursos humanos, de tecnologías sanitarias y de medicamentos.

En cualquier sociedad, con independencia del nivel de desarrollo que posea, los recursos van a ser siempre limitados o insuficientes en relación con las demandas potenciales de personas y comunidades. Los recursos económicos escasos siempre están *rivalizando* entre sí por su mejor utilización para maximizar el bienestar general de la sociedad, lo que la ciencia económica llama costo de oportunidad. Este fenómeno, junto con resolver cuánto invertir en salud, obliga permanentemente a tomar decisiones con respecto a, primero, dónde o en qué invertirlos y, segundo, cómo utilizarlos mejor.

Dónde invertir. Para lograr la *salud universal*, los países deben avanzar en ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo.⁵ Sin embargo, en cada una de estas dimensiones, los países se enfrentan al dilema de cómo tomar decisiones correctas y socialmente aceptadas con respecto a dónde o en qué invertir los recursos escasos, y de cómo utilizarlos mejor y de manera justa: qué servicios ampliar en primer término (criterios para priorizar); a quiénes incluir primero –procurando que los grupos desfavorecidos, que suelen estar en los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados–, y cómo pasar del pago de bolsillo al copago. Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, deben guiar a los países en la adopción de estas difíciles decisiones.

Cómo gastar. Recaudar más dinero para la salud es imprescindible, pero contar con ese dinero no garantizará, por sí mismo, la *salud universal*. Tampoco lo harán los mejores arreglos de protección financiera y de mancomunación de fondos, o la sola eliminación de las barreras económicas para el acceso a través de la eliminación de los copagos. Junto a lo anterior, el requisito esencial es asegurar que los recursos se usen de manera eficiente.⁶ No podemos ignorar la importante cantidad de recursos que se pierden por mala administración, participación desregulada del mercado en salud o corrupción en nuestros países. Identificar las fuentes de ineficiencia forma parte de la responsabilidad de buen gobierno y es esencial para la generación de un mayor espacio fiscal para salud. Se requiere de decisión política para avanzar hacia una mayor transparencia en los procesos de decisión, gestión, compra y rendición de cuentas a través del empoderamiento de la sociedad civil en el control efectivo del uso

de los recursos públicos, así como para desarrollar mayores competencias regulatorias y de fiscalización de la participación de distintos actores en salud que aseguren el mejor uso de los recursos y, por tanto, el bien común.

El Informe sobre la Salud en el Mundo de 2010⁶ señala que entre 20 y 40% de los recursos utilizados en la salud se malgastan y que en todos los países existen oportunidades para conseguir más con los mismos recursos. Para ello, habría que priorizar y mejorar de modo racional los procesos de compra, distribución y uso de tecnologías sanitarias y medicamentos; apostar decididamente por la estrategia de atención primaria a la salud; mejorar la eficiencia hospitalaria; sacar el máximo partido a las competencias humanas y tecnológicas de nuestros servicios; eliminar el despilfarro y la corrupción; minimizar el derroche en prestaciones innecesarias, los errores y las pérdidas por mala calidad, entre los factores más relevantes.

Es importante señalar que la mirada sobre la eficiencia puede darse desde una óptica de asignación, técnica o dinámica. La eficiencia de asignación rinde cuentas de cuán bien se adecuan los recursos movilizados por el sistema de salud para alcanzar sus objetivos intermedios y finales; se asocia en general con la idea de hacer lo correcto, en el lugar y momento adecuados. A su vez, la eficiencia técnica representa la relación entre el costo de los recursos movilizados para producir una intervención y la capacidad para obtener resultados de salud. En general, la eficiencia técnica se asocia con la idea de hacer más con menos.

Por último, la eficiencia dinámica apunta a la flexibilidad del sistema de salud para innovar e introducir nuevas tecnologías (por ejemplo, nuevos medicamentos, nuevos procedimientos), nuevos programas y formas de organización para alcanzar de una manera más adecuada las necesidades de la población y de los pacientes con los mismos recursos (o menos). En general, la eficiencia dinámica se asocia con la idea de promover la innovación adecuada. Ocupa indicadores de eficiencia técnica y de asignación en una perspectiva temporal.

De este modo, existe una amplia gama de intervenciones y políticas públicas para aumentar la eficiencia que pueden comprender intervenciones de nivel macro, micro o meso. En las preguntas críticas –dónde y cómo gastar– es esencial generar más evidencia y poner en práctica lecciones aprendidas. La serie de artículos que se presentan en este número especial tocan varios de estos aspectos.

El artículo introductorio tiene como objetivo reconocer diferentes aplicaciones de eficiencia para hacer referencia a ella y a sus posibles relaciones con la búsqueda de equidad en ese proceso. Con esta intención, se realiza un análisis de las consecuencias en la eficiencia que se

desprenden de los principales componentes de las líneas estratégicas de la *salud universal*, considerando los niveles o conceptos de eficiencia involucrados e identificando cuáles serían los arreglos institucionales que deberían servir como objeto de análisis, las intervenciones esperadas y los problemas de economía política resultantes.

Los siguientes artículos guardan relación con diversas aproximaciones a la eficiencia en los ámbitos de las políticas públicas en salud, la intermediación financiera y la prestación de servicios.

En políticas públicas, se presentan dos artículos de autores chilenos sobre el régimen de garantías en salud (más conocido como plan AUGE) instaurado en el último proceso de reforma a la salud en aquel país sudamericano. Uno de ellos consiste en un análisis de los antecedentes históricos, del proceso de diseño e implementación y de cómo el AUGE ha permitido el fortalecimiento de la salud pública a través de una mayor inversión y de la estandarización y orientación del trato de los profesionales de la salud con los pacientes mediante el uso de guías clínicas. El otro revisa algunos impactos de la reforma AUGE en la productividad, resultados sanitarios, oportunidad y calidad percibida de la atención.

En relación con el ámbito de la intermediación financiera, artículos de autores mexicanos describen políticas y mecanismos de asignación financiera en el sistema de salud en México, especialmente las relacionadas con las últimas modificaciones legales al Sistema de Protección Social en Salud (más conocido como Seguro Popular). Se delinean opciones para que los mecanismos de asignación incentiven mejor la atención primaria y el acceso a los tratamientos de especialidades para avanzar hacia mejores garantías de acceso a los servicios de salud. Se presenta un estudio sobre la eficiencia de los procesos administrativos para la gestión del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en México, en el cual se identifican características organizacionales de los hospitales de atención especializada que están vinculadas con la eficiencia del manejo administrativo de dicho fondo para la atención de cáncer de mama, cáncer cervicouterino y leucemia linfoblástica aguda. Se describe la situación y se realizan recomendaciones para mejorar la compra estratégica a proveedores en el Seguro Popular de México. Se analiza la gestión financiera del Seguro Popular con base en los informes oficiales, ponderando su capacidad para subsidiar la demanda y superar el pago por presupuestos históricos a los prestadores. Finalmente, un estudio busca probar la asociación entre tipo de aseguramiento y la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada en mujeres adolescentes de México. En este mismo ámbito y, dado

que en Argentina –como en la mayor parte de los países de América Latina– conviven distintos subsistemas con diversos modelos de financiamiento y organización, un estudio revisa cómo dichos modelos de financiamiento influyen en forma heterogénea la calidad y los costos de los subsistemas público, de la seguridad social y privado de salud en Argentina.

Finalmente, en el ámbito de la prestación de servicios, se presentan dos estudios de México. Uno de ellos evalúa la costo-efectividad de servicios públicos y privados para la prestación de servicios de atención primaria en salud para los beneficiarios del Seguro Popular de México. Y el otro analiza, en el caso mexicano, las dimensiones de la eficiencia en el campo de los recursos humanos en salud. Dentro de esta misma temática, el estudio chileno compara el desempeño de los hospitales públicos y privados con y sin fines de lucro en términos de resultados en salud, considerando los niveles desiguales de financiamiento entre el sector público y el privado.

El presente número especial de *Salud Pública de México* ha sido financiado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y, aunque los artículos sólo representan la opinión de sus autores y no la posición de la organización, sí representan el interés de la OPS por contribuir a generar evidencia sobre un tema de tanta trascendencia para la concreción de la *salud universal* y el anhelo de alcanzar el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano.

Oswaldo Artaza.*

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8183>

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York: OMS, 1946 [consultado en septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
2. 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución Cd53.R14. Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud. Washington: OPS, 2014.
3. Palmer T. Definitions of efficiency. *IJM* 1999; 2:318-349.
4. World Health Organization. Reducing Risks, promoting healthy life. The World Health Report. Geneva: WHO, 2002.
5. Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final. Washington, DC: OPS, 2015.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS, 2010.

* Asesor de Sistemas y Servicios, OPS/OMS.