



# Gasto inteligente en salud

Cómo hacer que cada peso cuente

→ William Savedoff  
Pamela Góngora  
Ursula Giedion  
Marcella Distrutti

Banco Interamericano de Desarrollo  
1300 New York Avenue, N.W.  
Washington, D.C. 20577  
[www.iadb.org](http://www.iadb.org)

Copyright © 2023 Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons CC BY 3.0 IGO (<https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo/legalcode>). Se deberá cumplir los términos y condiciones señalados en el enlace URL y otorgar el respectivo reconocimiento al BID.

En alcance a la sección 8 de la licencia indicada, cualquier mediación relacionada con disputas que surjan bajo esta licencia será llevada a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la OMPI. Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la Comisión de las Naciones Unidas para el Derecho Mercantil (CNUDMI). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones que forman parte integral de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta obra son exclusivamente de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del BID, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.





## Prefacio

América Latina y el Caribe se encuentra en una encrucijada. La crisis de salud mundial provocada por el COVID-19, unida a la guerra en Ucrania y al aumento de la inflación, ha sometido a una tensión sin precedentes a nuestros sistemas de salud, economías y sociedades. Ahora más que nunca, necesitamos explorar formas innovadoras de garantizar la salud de nuestras comunidades, una condición necesaria para un desarrollo socioeconómico más amplio.

Este informe propone una solución pragmática, pero con visión de futuro: el gasto inteligente en salud. Esta estrategia es una de las formas más eficaces de enfrentar el reto del gasto inadecuado e insuficiente que, combinado con las presiones económicas y demográficas, ha acentuado la necesidad de un cambio fundamental en la forma en que financiamos, administramos y asignamos nuestros recursos en salud.

La premisa central de este informe no es solo aumentar el gasto en salud, que es necesario, sino hacerlo de forma que se maximice el valor y el impacto de cada peso gastado. Este concepto de "hacer lo correcto" y "hacer las cosas bien", que se abordará a lo largo del documento, sugiere que, con el mismo nivel de gasto, podríamos mejorar de forma significativa los resultados en salud, aumentar la esperanza de vida y garantizar una distribución más equitativa de la atención en salud en nuestras sociedades. Con un mejor gasto y más recursos asignados a la salud, es posible avanzar con paso firme hacia la Cobertura Universal en Salud.

En este informe profundizamos en estrategias prácticas, utilizamos herramientas eficaces y nos basamos en ejemplos reales para orientar el camino a seguir para que el gasto inteligente no sea solo una aspiración, sino una práctica habitual en las decisiones de política en salud. Al adoptar estos principios, podemos ayudar a fomentar un sistema de salud más eficiente, equitativo y resiliente, que proporcione a todas las personas y comunidades acceso a los servicios de salud que necesitan sin causarles dificultades financieras.

Aunque el gasto inteligente abarca muchos elementos, este informe se enfoca en tres áreas clave: comprar los insumos o servicios en salud adecuados, lograr mejores acuerdos y gastar menos en los insumos o servicios inadecuados. En este contexto, destacamos la importancia de la priorización explícita en salud y la evaluación de tecnologías sanitarias; analizamos distintas estrategias para adquirir y administrar mejor los medicamentos, otros insumos y suministros, como los procesos de adquisición; y revisamos las prácticas de desinversión.



Nuestros esfuerzos pretenden que el derecho a la salud no sea solo una noble aspiración, sino una realidad para todas las personas de América Latina y el Caribe. Creemos que el gasto inteligente es necesario para alcanzar esa meta y complementa nuestro enfoque más amplio de promover mejores condiciones de salud, reducir el riesgo de pobreza asociado a los problemas de salud y lograr la sostenibilidad de los servicios de salud para toda la población.

Le invitamos a que se una a nosotros en este esfuerzo, conozca nuestra investigación y contribuya a este diálogo permanente.

**Pablo Ibararán**

Jefe de la División de Protección Social y Salud (BID).



## Resumen ejecutivo

Pese a que los países de América Latina y el Caribe (ALC) invierten muy poco en atención en salud, lo cierto es que podrían conseguir más salud para sus poblaciones con el dinero que gastan. Los recursos de los Gobiernos para la atención en salud son limitados porque recaudan muy pocos ingresos fiscales, tienen altos niveles de deuda (agravados por la reciente pandemia) y se enfrentan a sacudidas económicas derivadas de la guerra en Ucrania y del aumento de la inflación. Al mismo tiempo, las presiones para gastar más en salud aumentan a medida que los países intentan adoptar nuevas tecnologías y se enfrentan a las crecientes demandas para tratar el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de muchas enfermedades crónicas. A esto se suma la crisis del COVID-19, que también está incrementando las presiones sobre el gasto público en salud, a medida que los países tratan los efectos agudos y a largo plazo de la enfermedad, intentan invertir en la preparación frente a pandemias para futuras emergencias y afrontan los efectos en la salud del reciente aumento de la pobreza.

En este contexto, movilizar recursos nuevos y adicionales para la salud es un desafío arduo. Ahora más que nunca, la región necesita gastar de forma más inteligente en salud. Necesita “hacer lo correcto”, es decir, reorientar los recursos hacia estrategias e intervenciones que generen más valor por cada peso y debe “hacer bien las cosas”, es decir, lograr más salud y equidad con los mismos recursos. Las posibilidades son enormes. Los habitantes de la región podrían ganar entre tres y cinco años más de expectativa de vida si sus países, con el mismo dinero que gastan hoy, mejoraran la forma en que gastan para alcanzar los niveles de eficiencia de otros países.

Este informe trata de lograr ese tipo de progreso mediante un gasto inteligente en salud. Además de la amplia investigación sobre este tema, este documento se basa en la experiencia y los recursos de la División de Protección Social y Salud (SPH, por sus siglas en inglés) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y su red de conocimiento, CRITERIA, junto con sus socios en América Latina y el Caribe.<sup>1</sup>

---

1. CRITERIA es una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que apoya a los países miembros en el desarrollo de la evidencia y las instituciones necesarias para asignar y priorizar mejor el gasto público en salud. Mediante el fortalecimiento de los procesos, la promoción del trabajo colaborativo y el intercambio de conocimientos y experiencias, CRITERIA ofrece ideas y alternativas para ayudar a los países a avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud, a pesar de la limitación de recursos y del aumento de los costos.



Además de financiar programas de salud en la región, la División de Protección Social y Salud ha realizado análisis, desarrollado cursos de capacitación y prestado apoyo técnico a los Gobiernos para obtener más valor de su gasto en salud. De este modo, el BID forma parte de un movimiento global en el que investigadores empíricos, funcionarios del sector de la salud, políticos y grupos de la sociedad civil están encontrando formas de establecer prioridades, clasificar la importancia de los servicios y tratamientos de salud, aumentar la productividad, reducir el desperdicio en salud y ajustar las decisiones presupuestarias y políticas del sector público. ¿Cuál es nuestro objetivo? Lograr más atención en salud para más personas, de forma más equitativa y con mayor protección financiera.

Las políticas públicas pueden mejorar los resultados en salud, la equidad y la protección financiera de muchas formas, y el gasto inteligente es una de ellas. Otros factores relacionados con la mejora de los resultados en salud son la mejora de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas, así como la mejora de los incentivos, la planificación y la administración del personal del sector de la salud. Este informe se centra en el gasto inteligente porque es un enfoque que ha madurado en los últimos diez años, con métodos bien desarrollados que han demostrado ser viables y prometedores en muchos contextos.

Este informe presenta los principales conceptos, herramientas y estrategias para tomar decisiones de gasto en salud más inteligentes, y guía a los lectores hacia recursos que ofrecen ejemplos prácticos y explicaciones detalladas. Aunque el gasto inteligente incluye muchos más elementos, este documento se enfoca en los siguientes:

- **Comprar los insumos o servicios en salud adecuados:** adquirir o suministrar bienes y servicios de salud que aporten más valor en relación con su costo, de forma más equitativa, que otros servicios.
- **Lograr mejores acuerdos:** encontrar formas de adquirir los mismos insumos, servicios y medicamentos a precios más bajos, o maneras de administrarlos a un costo menor.
- **Gastar menos en los insumos o servicios inadecuados:** reducir el gasto en servicios de salud, medicamentos o dispositivos que son perjudiciales, inútiles o aportan poco o ningún valor.

El informe muestra que:

- El gasto inteligente no solo es compatible con el derecho a la salud, sino que también es clave para cumplirlo.



- El gasto inteligente requiere un acuerdo social sobre los valores y hace necesario considerar los costos de oportunidad.
- La priorización explícita en salud es clave para manejar la presión de los costos y ampliar los servicios de salud de alto valor.
- La priorización no es una actividad puntual. Se trata de un proceso con múltiples pasos, que se pone en práctica de manera sistemática, a lo largo del tiempo y con la participación de muchos actores.
- La priorización explícita en salud se beneficia de las evaluaciones de tecnologías sanitarias como un elemento clave para la toma de decisiones. Sin embargo, la priorización es mucho más que eso. También implica decisiones sobre la autorización de la venta y el uso, la selección de las tecnologías que se evaluarán, la deliberación sobre la financiación de dichas tecnologías, el seguimiento de los mercados y el rendimiento, así como la identificación de tecnologías o servicios para la desinversión.
- Los países pueden reducir costos comprando mejor y luego reasignar los ahorros a ampliar la cobertura de una atención en salud de buena calidad y costoefectiva.
- La desinversión puede mejorar la salud y liberar recursos para destinarlos a una atención en salud de alto valor.
- Un gasto inteligente puede ayudar a eliminar el desperdicio clínico, operativo y administrativo.

Cada vez son más los Gobiernos que reconocen los beneficios de un gasto en salud inteligente y buscan evidencia que sirva de base para informar la priorización explícita en salud. El reto consiste en generar y movilizar la información necesaria para orientar los cambios políticos y hacer del gasto inteligente algo más que una actividad puntual. El gasto en salud inteligente tendrá más éxito cuando se incorpore como una práctica regular y sistemática de las decisiones políticas del sistema de salud.



# Índice

<b>Prefacio</b> .....	iii
<b>Resumen ejecutivo</b> .....	v
<b>1 Introducción</b> .....	1
<b>1.1 ¿Qué es el "gasto inteligente"?</b> .....	3
1.1.1 El derecho a la salud .....	3
1.1.2 ¿Cuánto gastar en salud? .....	4
1.1.3 El valor del gasto en salud .....	5
<b>1.2 ¿Qué impulsa los costos en salud?</b> .....	6
1.2.1 El gasto en salud ha crecido rápidamente .....	6
1.2.2 Factores que impulsan el crecimiento del gasto en salud .....	9
1.2.3 ¿Podemos frenar el futuro crecimiento del gasto en salud? .....	11
<b>1.3 ¿Podemos estar más saludables gastando de forma inteligente?</b> .....	14
<b>2 Gasto inteligente: formas sabias de gastar en salud</b> .....	15
<b>2.1 ¿Estamos comprando los insumos o servicios en salud adecuados?</b> .....	16
2.1.1 Valor .....	16
2.1.2 La costoefectividad .....	17
2.1.3 Costo de oportunidad .....	18
2.1.4 Evaluación de tecnologías sanitarias .....	22
2.1.5 Planes de beneficios en salud .....	23
<b>2.2 ¿Podemos lograr mejores acuerdos?</b> .....	26
2.2.1 Mejorar la administración y el manejo de los procesos de compra .....	28
2.2.2 Pagar precios más bajos por productos o servicios similares .....	30





2.2.3 Compra conjunta .....	35
2.2.4 Regulación de los precios .....	38
<b>2.3 ¿Estamos comprando los insumos o servicios en salud inadecuados?</b> .....	40
2.3.1 Desinversión en servicios con poco o ningún beneficio para la salud .....	41
2.3.2 Desperdicio: clínico, operativo y administrativo .....	43
<b>2.4 ¿Podemos construir y apoyar sistemas que gasten de forma más inteligente?</b> ....	45
<b>3 Palabras finales (ser saludable e inteligente)</b> .....	51
3.1 ¿Qué es posible? .....	52
3.2 Conclusiones.....	55
<b>Referencias</b> .....	57
<b>Apéndice</b> .....	68



# 1



## Introducción



Los países de América Latina y el Caribe (ALC) se han comprometido a conseguir la Cobertura Universal en Salud (CUS), pero alcanzar a todas las personas con servicios de salud de calidad es costoso. Aunque muchos países necesitarán gastar más para avanzar hacia la CUS, ningún país, por rico que sea, puede comprar todo para todos. Por ello, los países deben hacer del gasto inteligente en salud una prioridad. Gastar lo que se pueda con mayor eficiencia, es decir, gastar de forma más inteligente, resulta esencial para mejorar la salud y avanzar más rápido hacia la CUS.

Este informe trata sobre el gasto inteligente en salud. Además de la abundante investigación sobre este tema, este documento se basa en las experiencias y recursos de la División de Protección Social y Salud (SPH) del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y su red de conocimiento, CRITERIA,<sup>2</sup> junto con sus socios en ALC.

Además de financiar programas de salud en la región, la División de Protección Social y Salud ha realizado análisis, desarrollado cursos de capacitación y prestado apoyo técnico a los Gobiernos para maximizar el valor de su gasto en salud. Como tal, el BID forma parte de un movimiento global en el que investigadores empíricos, funcionarios del sector de la salud, políticos y grupos de la sociedad civil trabajan para encontrar formas de establecer prioridades, clasificar la importancia de los servicios y tratamientos de salud, aumentar la productividad, reducir el desperdicio en salud y ajustar las decisiones presupuestarias y políticas del sector público. ¿Nuestro objetivo? Prestar más atención en salud a más personas, de forma más equitativa y con mayor protección financiera.

Las políticas públicas tienen muchas formas de mejorar los resultados en salud, la equidad y la protección financiera, y el gasto inteligente es una de ellas. Otros factores relacionados con la mejora de los resultados en salud son la mejora de la gobernanza, la transparencia y la rendición de cuentas, así como la mejora de los incentivos, la planificación y la gestión del personal del sector de la salud. Así, este informe se centra en el gasto inteligente porque es un enfoque que ha madurado en los últimos diez años, con métodos bien desarrollados que han demostrado ser viables y prometedores en muchos contextos.

Esta publicación presenta los principales conceptos, herramientas y estrategias para tomar decisiones de gasto en salud más inteligentes, y guía a los lectores hacia recursos que ofrecen ejemplos prácticos y explicaciones detalladas. En concreto, este documento aborda los siguientes tres aspectos del gasto inteligente en salud:

---

2. CRITERIA es una iniciativa del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) que apoya a los países miembros en el desarrollo de la evidencia y las instituciones necesarias para asignar y priorizar mejor el gasto público en salud. Mediante el fortalecimiento de los procesos, la promoción del trabajo colaborativo y el intercambio de conocimientos y experiencias, CRITERIA ofrece ideas y alternativas para ayudar a los países a avanzar hacia la Cobertura Universal en Salud, a pesar de la limitación de recursos y del aumento de los costos.



- **Comprar los insumos o servicios en salud adecuados:** adquirir o suministrar bienes y servicios de salud que aporten más valor en relación con su costo, de forma más equitativa, que otros servicios.
- **Lograr mejores acuerdos:** encontrar formas de adquirir los mismos insumos, servicios y medicamentos a precios más bajos, o maneras de administrarlos a un costo menor.
- **Gastar menos en los insumos o servicios inadecuados:** reducir el gasto en servicios de salud, medicamentos o dispositivos que son perjudiciales, inútiles o aportan poco o ningún valor.

## 1.1 ¿Qué es el "gasto inteligente"?

"Gasto inteligente" en salud se refiere a aquellas políticas que, a partir de un presupuesto determinado, consiguen proporcionar el mayor valor posible en salud para la población. Esta definición, sin embargo, plantea otros interrogantes. Por ejemplo, si la atención en salud es un derecho, ¿por qué tenemos que pensar en presupuestos y costos? ¿Qué determina la cuantía del presupuesto disponible? ¿Y qué es el "valor"?

### 1.1.1 El derecho a la salud

La salud está reconocida como un derecho en todos los países de América Latina y el Caribe y así se refleja en la mayoría de sus constituciones. De igual manera, muchos países han establecido procedimientos legales para que las personas puedan reclamar este derecho en el momento oportuno, aunque esto signifique eludir la revisión reguladora, administrativa o judicial de nivel inferior. Por ejemplo, en Brasil, aquellas personas que tienen una receta para un medicamento o servicio no incluido en los "planes" de salud financiados con fondos públicos pueden acudir a los tribunales para reclamar los servicios excluidos con cargo al erario público (Giedion et al., 2018).

¿Significa esto que la atención en salud debe prestarse sin tener en cuenta el costo? El derecho a la salud es uno de los derechos económicos, sociales y culturales ratificados en la Declaración de Derechos Humanos de la ONU en 1948. Reconociendo que muchos de estos derechos no pueden hacerse realidad con los recursos de que disponen los Gobiernos, las sucesivas declaraciones de la ONU han establecido que:

*"Los Estados tienen el deber de utilizar el máximo de los recursos de que dispongan para la realización progresiva de los derechos económicos, sociales y culturales. Incluso si un Estado dispone claramente de recursos insuficientes, debe introducir programas de bajo costo y específicos para ayudar a los más necesitados, de modo que los limitados recursos se utilicen de forma eficiente y eficaz". (ACNUR, 2008).*



**VER**

**Priorización explícita: salud con los mismos recursos**

Amanda Glassman  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).

El Grupo Consultivo de la Organización Mundial de la Salud sobre la Equidad y Cobertura Universal en Salud profundizó en estas obligaciones en su informe "Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la Cobertura Universal en Salud" (OMS, 2014). El informe, elaborado por un grupo diverso en el que participaron éticos, filósofos, economistas, expertos en políticas de salud y médicos clínicos de trece países, concluye que la priorización es esencial para hacer realidad progresivamente la Cobertura Universal en Salud y el derecho a la salud. En él se expone un planteamiento de la equidad en tres pasos. En primer lugar, hay que categorizar los servicios en clases prioritarias utilizando criterios

adecuados, como la costoefectividad, la ayuda a los más desfavorecidos y la protección contra riesgos financieros. Segundo, ampliar la cobertura de los servicios de alta prioridad para todos. En tercer lugar, garantizar que no se desatienda a los grupos desfavorecidos (Norheim, 2015). El gasto inteligente en salud sigue una lógica similar: ayuda a los países a cumplir su compromiso fundamental con la salud. En otras palabras, un gasto en salud eficaz y eficiente puede proporcionar a más personas la atención en salud que necesitan, de forma más equitativa y con menos carga financiera, que un gasto que ignore los vínculos entre la atención en salud y los presupuestos. *"La priorización explícita en salud y el derecho a la salud son elementos de dos mundos paralelos, los sistemas de salud y la jurisprudencia, que tienen el mismo objetivo: la realización progresiva del derecho a la salud"*. (María Luísa Escobar, curso masivo, abierto y en línea).

## 1.1.2 ¿Cuánto gastar en salud?

Por supuesto, hacer realidad el derecho a la salud es más fácil para un país con más recursos. Pero ningún país, por rico que sea, puede permitirse proporcionar toda la atención en salud que su población desee o necesite. Más bien, la cantidad que los países gastan en salud es, en última instancia, una decisión política sobre fiscalidad y prioridades de gasto. En ella influyen los valores, los objetivos del sistema de salud, el marco en el que se dan los debates y la capacidad administrativa. También se ve afectada por la importancia que los países conceden a otros tipos de gasto público y por las perspectivas sobre el papel del Gobierno en la atención en salud. Por lo tanto, no existe una cantidad de gasto "correcta" en salud, sino una cantidad de gasto "necesaria" para alcanzar los objetivos de salud de un país (Savedoff, 2007). La eficiencia del gasto es un factor fundamental en este proceso



porque afecta a la cantidad de dinero que se necesita. Cuanto más ineficiente sea el gasto, mayores serán los recursos necesarios.

Alcanzar los objetivos de salud siempre ha sido complicado, pero hoy en día puede serlo aún más. Los países de América Latina y el Caribe padecen desde hace tiempo problemas macroeconómicos y fiscales, periodos de un crecimiento lento de la productividad y otros factores que limitan el gasto en salud. De manera más reciente, la pandemia de COVID-19 y el cambio climático están ejerciendo presión sobre los recursos públicos, al mismo tiempo que aumentan las demandas sobre los presupuestos de salud pública.

En el primer año de la pandemia, el producto interior bruto (PIB) regional cayó un 7%. Los ingresos públicos también disminuyeron, al mismo tiempo que el gasto social aumentó, lo que provocó un gran incremento de la deuda pública. En los próximos 10 años, la mayoría de los Gobiernos de la región tendrán que hacer frente a presupuestos muy ajustados (Sparkes et al., 2021). Por otra parte, los fenómenos meteorológicos adversos provocados por el cambio climático también están causando estragos económicos en muchos lugares, generando la necesidad de inversiones públicas en adaptación climática. Cuando todos estos factores se combinan con las tendencias a largo plazo que aumentan el gasto en salud (como las nuevas tecnologías, el crecimiento económico, la inflación médica, o el envejecimiento y el aumento de la población), es imprescindible tomar decisiones más inteligentes en materia de gasto en salud. .

### 1.1.3 El valor del gasto en salud

Más allá de cuánto gaste en salud un país, lo mejor es considerar cuál es el valor que obtiene de su gasto en salud. Otro término para referirse a los esfuerzos por obtener más valor del gasto en salud de un país es "eficiencia". Un país más eficiente puede generar un mayor impacto con los insumos que utiliza. De esta forma, los países que mejoren la eficiencia de su sistema de salud podrán avanzar más rápido hacia la CUS que aquellos que gasten de forma ineficiente.

Para obtener más valor, suele ser útil distinguir entre "hacer las cosas bien" y "hacer lo correcto". "Hacer las cosas bien" implica dirigir los fondos hacia intervenciones en salud que tengan mayor impacto. El término técnico para esto es "eficiencia distributiva". "Hacer lo correcto" implica conseguir más impacto con la misma cantidad de recursos, por ejemplo, administrando mejor el personal de salud, reduciendo el desperdicio o mejorando la calidad de la atención. Esto, en lenguaje experto, se define como "eficiencia técnica".



Si bien los valores que guían a los países a la hora de definir sus objetivos de política de salud varían, algunos sí son universales. El valor más común que los países intentan alcanzar con el gasto en salud es mejorar la salud de la población. Sin embargo, las opciones de gasto público en salud también reflejan valores relacionados con la equidad, la protección financiera, la compasión por los grupos desfavorecidos, así como otras aspiraciones sociales y éticas (Zhang et al., 2022).

Encontrar formas más inteligentes de gastar en la atención en salud implica obtener el máximo valor posible del presupuesto de salud teniendo en cuenta este sentido multidimensional del valor (Pichón et al., 2021). Aunque todas las dimensiones del valor en salud son importantes, este informe se enfoca principalmente en dos de las más destacadas: la salud y la equidad. Aquí se muestra cómo un gasto más inteligente puede conducir a más salud, y hacerlo de forma más equitativa, que si los países pasan por alto los vínculos entre valor y costo.

## 1.2 ¿Qué impulsa los costos en salud?

El gasto en salud ha crecido de manera sustancial en los últimos 50 años en América Latina y el Caribe, al igual que en la mayor parte del mundo. Gran parte de este gasto ha proporcionado enormes beneficios y ha contribuido a un aumento sin precedentes de la esperanza y la calidad de vida. Desgraciadamente, también ha crecido más rápido que los ingresos nacionales y no muestra signos de desaceleración. Entonces, ¿qué es exactamente lo que hace que aumente el gasto en salud? ¿Merece la pena o no?

### 1.2.1 El gasto en salud ha crecido rápidamente

Entre 2000 y 2020, el gasto total en salud<sup>3</sup> prácticamente se duplicó en la región, pasando de US\$ 366 a US\$ 583 por persona (véase el gráfico 1). En el mismo periodo, el gasto público en salud creció más rápido que el gasto total en salud, de US\$ 168 a US\$ 314 por persona. Por lo tanto, el gasto público en salud representa una parte cada vez mayor del gasto total en salud, desplazando al gasto privado y al gasto de bolsillo.

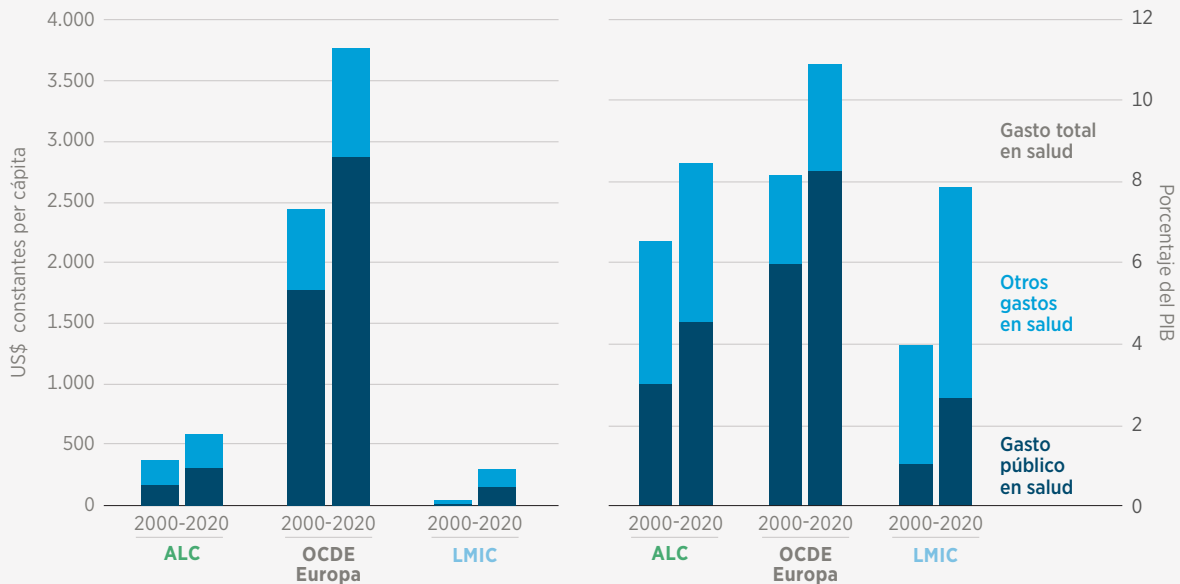
El gasto en salud creció más rápido que los ingresos entre 2000 y 2020, lo que ha hecho incrementar su peso en el PIB. Así, el gasto total en salud aumentó del 6,5% al 8,4% del PIB y el gasto público en salud creció del 3% al 4,5% del PIB. El gasto en salud también se incrementó en otras regiones del mundo. Por ejemplo, en los países europeos de la OCDE, pasó del 5,9% al 8,3% del PIB, y en el conjunto de los países de bajos y medianos ingresos, aumentó del 1% al 2,7% del PIB.

3. El gasto total en salud incluye todo el gasto en salud público y privado. El gasto en salud incluye los salarios de los profesionales de la salud, medicamentos, equipos médicos, suministros médicos, infraestructuras, sistemas de información de salud, mantenimiento, servicios auxiliares (como alimentación y lavandería), transporte, etcétera.



GRÁFICO 1

## CRECIMIENTO DEL GASTO EN SALUD POR REGIONES, 2000-2020



Fuente: Cálculos de los autores a partir de información de la base de datos de la OMS sobre el gasto en salud mundial, consultada el 14 de junio de 202.

Notas: El gasto total en salud en este gráfico se refiere al "gasto en salud actual" basado en la definición de la OMS (es decir, excluyendo los costos de capital). El gasto público en salud corresponde a todo el gasto en salud procedente de seguros obligatorios o ingresos públicos; por lo tanto, incluye el gasto público directo y los institutos de seguridad social constituidos públicamente. ALC se refiere a los países de América Latina y el Caribe que son miembros del Banco Interamericano de Desarrollo. LMIC se refiere a los países de bajos y medianos ingresos (por sus siglas en inglés), según las clasificaciones del Banco Mundial. OCDE Europa se refiere a los miembros europeos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

Aunque el gasto en salud creció en casi todos los países, el rango de gasto en salud en América Latina y el Caribe es bastante amplio. El gasto público en salud es mayor en Uruguay (más de US\$ 1.000 per cápita), seguido de Chile (US\$ 878) y Bahamas (US\$ 801). Los países con menor gasto son Haití (US\$ 44), Honduras (US\$ 75) y Guatemala (US\$ 91).

Los países también varían mucho en los resultados en salud que obtienen de acuerdo con los recursos que gastan (véase el gráfico 2). Por ejemplo, El Salvador, Bolivia y la República Dominicana gastan cantidades similares en salud (US\$ 506, US\$ 457 y US\$ 573 por persona, respectivamente), pero la mortalidad infantil es mucho menor en El Salvador (solo 12,8 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, en comparación a 25,6 y 33,7 en Bolivia y la República Dominicana, respectivamente).

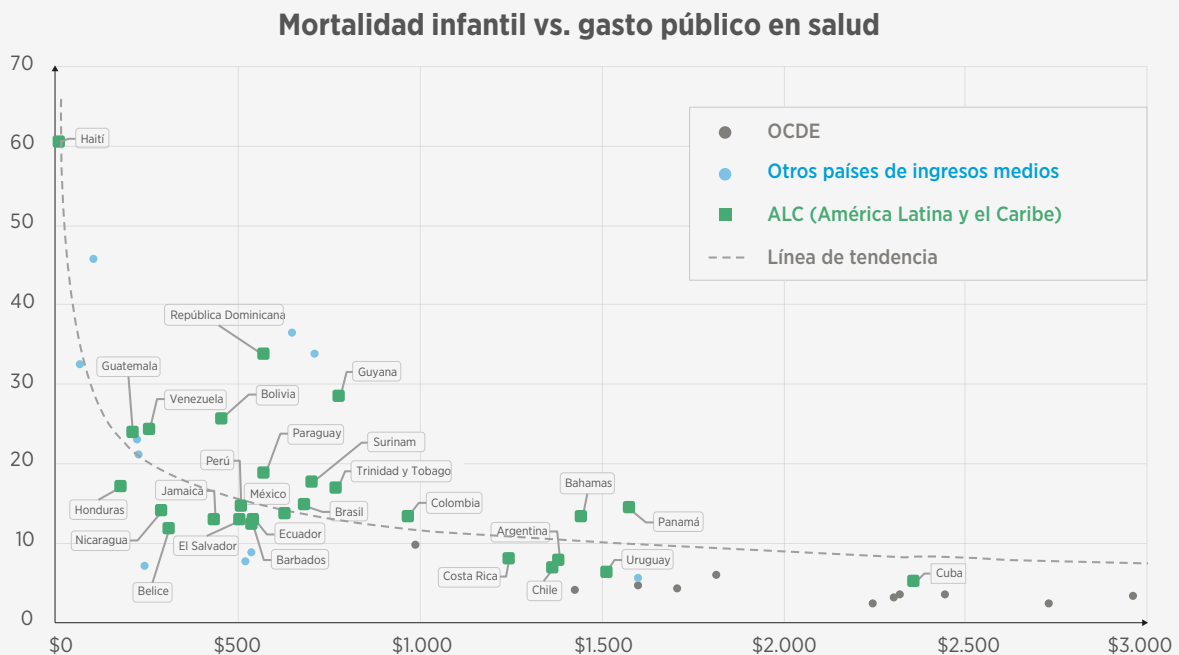




Aunque Uruguay gasta aproximadamente US\$ 1.000 por persona en salud, en comparación a los US\$ 2.600 por persona en el promedio de la Unión Europea, la diferencia en expectativa de vida es de solo dos años (78 y 80, respectivamente), mientras que la tasa de mortalidad infantil no es muy diferente (5 por cada 1.000 nacidos vivos en Uruguay en comparación a 3,5 en la Unión Europea). Los investigadores han demostrado que este tipo de diferencias no pueden explicarse completamente por factores como el perfil de edad o la carga de morbilidad de un país. Más bien, las estrategias de gasto inteligentes y los usos más eficientes de los fondos públicos son una parte significativa de por qué los países muestran diferentes resultados en salud.

## GRÁFICO 2

### GASTO PÚBLICO EN SALUD Y MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS



Gasto público de las administraciones per cápita, 2020  
(US\$ internacionales constantes de 2020, ajustados por la PPA)

Fuentes: Datos del gasto en salud Mundial de la OMS e Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.



## 1.2.2 Factores que impulsan el crecimiento del gasto de salud

Los factores que impulsan el aumento del gasto en salud son múltiples. Entre ellos, se incluyen las nuevas tecnologías, el crecimiento económico, la inflación, el aumento y el envejecimiento de la población, así como los cambios en los patrones de enfermedad (De La Maisonneuve y Martins, 2014; Fan y Savedoff, 2014; Dieleman et al., 2018; Glassman y Zoloa, 2015; Rao et al., 2022). La investigación ha demostrado que los avances tecnológicos son el principal factor que contribuye al crecimiento del gasto en salud, puesto que afectan a la cantidad que los países gastan en salud, así como al valor en salud que obtienen. Algunas nuevas tecnologías sanitarias reducen los costos. Este ahorro se produce

cuando la nueva tecnología proporciona beneficios para la salud similares o mejores por el mismo costo, o menor, que las tecnologías existentes. Por ejemplo, las vacunas contra la polio han eliminado la necesidad de tratar los efectos de esa enfermedad, y las técnicas quirúrgicas no invasivas han reducido el tiempo, el riesgo y el costo de muchos tipos de cirugía.

Por otro lado, cada vez es más habitual que las nuevas tecnologías sanitarias aumenten el gasto en salud. Muchas de ellas abordan afecciones de salud antes intratables, en algunos casos proporcionando cura o transformando enfermedades mortales (como el VIH/sida) en afecciones controlables a largo plazo. En otros casos, amplían el número de personas que pueden beneficiarse del tratamiento, como cuando la aparición de nuevos medicamentos contra el cáncer con menos efectos secundarios sustituyen a medicamentos que muchos pacientes no podían tolerar. En estos casos, el gasto adicional puede venir acompañado de importantes beneficios para la salud que justifiquen el costo (Cutler y McClellan, 2001).

Sin embargo, algunas nuevas tecnologías son tan costosas que, aunque aporten beneficios para la salud, el costo adicional puede desplazar a otras intervenciones más costoefectivas. Además, algunas nuevas tecnologías aportan poco o ningún beneficio adicional. Por ejemplo, entre 2011 y 2017, solo 54 de los 216 medicamentos cuyo uso se aprobó en Alemania tenían "beneficios añadidos considerables o importantes".<sup>4</sup>

**VER**

1. Changes in demographic profile

- Reduction in mortality rate
- Increase in life expectancy
- Reduction in fertility rate

which means fewer children are being born.

**Debate sobre los motores del gasto en salud**

Ursula Giedion  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).

4. Basado en una evaluación realizada por el Instituto para la Calidad y la Eficiencia en la Atención a la Salud (iQWIG) que se describe en el British Medical Journal en: <https://bit.ly/3JpUyY6>. Para obtener más información sobre el iQWIG, véase el [Policy Brief 11](#) de Greiner (2016).



LEER



## Future health spending in Latin America and the Caribbean: Health expenditure projections and scenario analysis

Rao et al. (2022). Disponible en inglés.

De hecho, más de la mitad de los medicamentos aprobados (58%) carecían de pruebas que demostraran que eran mejores que la atención estándar existente.

Junto con la tecnología, el crecimiento económico es otro factor relevante que impulsa los costos al alza. A medida que aumentan los ingresos, las personas y los países desean adquirir más atención en salud. Del mismo modo, el crecimiento demográfico, el envejecimiento de la población y la evolución de las enfermedades también desempeñan un papel menor —pero importante— en esto. Cuando la población crece, se necesita más atención en salud, y las personas mayores tienden a padecer más

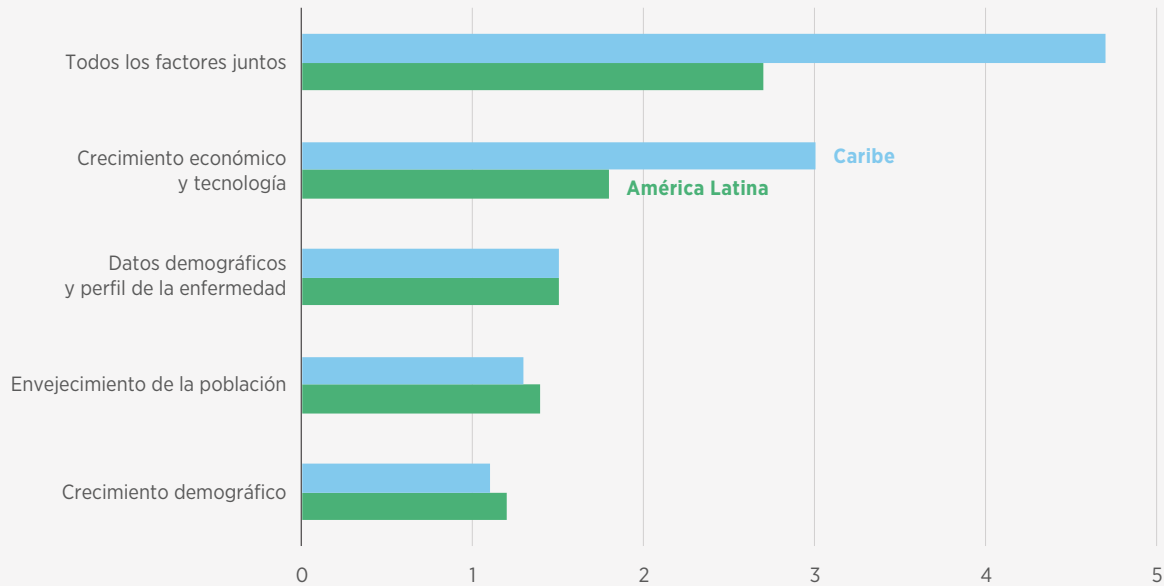
enfermedades crónicas y degenerativas que requieren tratamiento. Por otra parte, los patrones de enfermedad también están cambiando de forma que aumentan los costos. En general, los países están consiguiendo reducir las enfermedades infecciosas, sobre todo las que son poco costosas de prevenir mediante la vacunación. Sin embargo, las enfermedades crónicas, como la hipertensión y la diabetes, van en aumento. El tratamiento de las enfermedades crónicas aumenta el gasto porque es relativamente costoso. En muchos países, el número de personas que desarrollan estas enfermedades a edades más tempranas también está incrementándose.

Un estudio del BID para América Latina y el Caribe proyectó el gasto en salud de 2018 a 2050 (Rao et al., 2022) y estimó que aumentará cada año un 2,7% en América Latina y un 4,7% en el Caribe. El estudio encontró que un indicador que combine los efectos del crecimiento económico, la tecnología y la inflación tendrá el mayor impacto en el gasto en salud futuro con las políticas actuales. Por sí solos, estos factores aumentarían el gasto en salud un 1,8% anual en América Latina y un 3% anual en el Caribe (véase el gráfico 3). Debido a que el gasto inteligente en salud puede afectar a las tecnologías que los países adoptan y financian, también puede frenar el crecimiento del gasto en salud a través de su impacto en este importante indicador de las presiones sobre el gasto.



GRÁFICO 3

## CRECIMIENTO ANUAL PREVISTO DEL GASTO EN SALUD, DE 2018 A 2050 (%)



Notas: "Datos demográficos y perfil de la enfermedad" muestra los efectos del crecimiento demográfico, el envejecimiento y los cambios en la prevalencia específica por edad sobre el crecimiento del gasto en salud. "Todos los factores juntos" es menor de lo que indicaría una simple suma lineal debido a las interacciones entre los factores que hacen que sus contribuciones individuales sean mayores que sus contribuciones marginales.

Fuente: Cuadro 4.1 en Rao et al. (2022).

### 1.2.3 ¿Podemos frenar el futuro crecimiento del gasto en salud?

El gasto inteligente no es la herramienta más eficaz para abordar muchos de los factores que impulsan el alza los costos en salud, como el envejecimiento, el crecimiento demográfico, los riesgos ambientales para la salud o el cambio climático (véase el recuadro 1). Tampoco aborda una serie de problemas del sistema de salud que afectan a la eficiencia y al crecimiento del gasto en salud, como la gobernanza, la administración, la fragmentación, los incentivos y las capacidades de los recursos humanos. Sin embargo, el gasto inteligente puede frenar el crecimiento futuro del gasto en salud dando prioridad a aquellos gastos que tienen un mayor impacto en la salud y la equidad, a través de su impacto en la adopción de nuevas tecnologías y orientando las decisiones políticas que influyen en quién paga, cuánto y por qué tipos de atención en salud. Entre los enfoques de gasto inteligente que pueden ayudar a frenar el futuro crecimiento del gasto se incluyen:



- **Mejora de los mercados:** los países que fomentan la competencia en la medida de lo posible y regulan los precios cobrados en los mercados no competitivos tienen más probabilidades de pagar menos por los medicamentos y servicios que los que carecen de estas políticas.
- **Decisiones presupuestarias fundamentadas técnicamente:** los países que analizan conjuntamente el costo y el valor de los servicios de salud, y además utilizan esta información para fundamentar las decisiones presupuestarias, pueden frenar el crecimiento del gasto en salud y mejorar la equidad.
- **Reembolso:** en los países con aseguradoras, las instituciones que reembolsan los procedimientos o tratamientos a precios fijados por los proveedores de salud tienden a aumentar los costos sin tener en cuenta los efectos sobre la salud y la equidad. En cambio, las que reembolsan de forma estratégica lo hacen vinculando los pagos a la eficiencia y a la calidad de la atención.
- **Rendición de cuentas:** los países con sistemas de salud públicos que carecen de rendición de cuentas tienden a ver cómo aumentan los costos sin tener en cuenta el valor de la atención en salud prestada, mientras que los que cuentan con mecanismos de rendición de cuentas pueden promover un mayor valor a partir de un presupuesto determinado.
- **Intereses financieros:** el sistema de salud incluye a muchos actores cuyos ingresos y beneficios dependen de la venta de sus bienes y servicios. Cuando estos bienes o servicios proporcionan una buena relación calidad-precio, el marketing, los grupos de presión, la sindicación y otras actividades para ampliar las ventas o el empleo pueden mejorar el valor. Sin embargo, cuando los bienes o servicios que se promocionan no proporcionan una buena relación calidad-precio, los costos aumentan sin beneficios asociados.
- **Judicialización:** cuando los sistemas públicos de salud han optado por no financiar determinados tratamientos porque son experimentales, no están probados o son demasiado costosos en comparación con otras atenciones en salud, la gente a veces acude a los tribunales para obligar al Gobierno a pagarlos de todos modos. A veces, las empresas farmacéuticas o los centros de salud que se beneficiarían de estas demandas ofrecen apoyo. Los países que han desarrollado un amplio consenso social sobre lo que el sector público puede y no puede financiar en materia de salud son más vulnerables a las presiones inadecuadas de este tipo de acciones legales (Gaviria Uribe, 2016) que aquellos que han involucrado al sistema judicial en la comprensión de los desafíos del sector de la salud (Escobar et al., 2015).

Hay múltiples factores que contribuyen al crecimiento del gasto en salud. De ellos, algunos generan valor agregado y otros no. El objetivo del gasto inteligente no es simplemente recortar el gasto, aunque sí incluye reducir el gasto superfluo o con bajo impacto en la salud. El gasto inteligente asigna fondos a atenciones en salud de mayor impacto, influye en los



precios y elige qué nuevas tecnologías adoptar para que los países obtengan más valor (más salud y mayor equidad) con el dinero que gastan.

## RECUADRO 1 GASTO INTELIGENTE, RIESGOS PARA LA SALUD Y CAMBIO CLIMÁTICO

Son muchos los factores que causan muerte y enfermedad, y muchos de ellos son más fáciles de prever o de tratar de forma más costoefectiva fuera del sector de la salud. Los cuatro principales riesgos para la salud en la región son la obesidad, la intolerancia a la glucosa, la hipertensión y el tabaquismo. El alcohol y la contaminación atmosférica también figuran entre los 10 principales riesgos para la salud. De igual modo, América Latina y el Caribe también presenta tasas elevadas de lesiones por accidentes de tráfico, homicidios y suicidios en comparación con otras regiones. Desde mediados del siglo pasado han aumentado los riesgos para la salud derivados de factores ambientales como las sustancias químicas tóxicas y los efectos del cambio climático, como el calor, la sequía y las inundaciones. Las infecciones zoonóticas también son cada vez más frecuentes en este siglo. Impulsadas por el cambio climático y la expansión de los asentamientos humanos, estas infecciones antes desconocidas han surgido a un ritmo creciente. Entre ellas se encuentran el SARS (2002), el H1N1 (2009), el MERS (2012), el zika (2015) y el COVID-19 (2019).

Aunque el sistema de salud está llamado a tratar las consecuencias de estos riesgos conductuales, sociales y ambientales, las medidas eficaces para prevenir estos problemas suelen estar fuera del sector de la salud. Algunos ejemplos son:

- Las medidas de control del tabaco y el alcohol incluyen impuestos especiales que deben ser promulgados y aplicados por las autoridades fiscales.
- La promoción de dietas sanas mediante cambios en los subsidios a la agroindustria, los sistemas de distribución de alimentos, así como las regulaciones sobre etiquetado y publicidad de los alimentos, exigen la actuación de los organismos que se ocupan de la agricultura, la industria y el comercio.
- La mejora de las condiciones ambientales relacionadas con el aire, el agua, el entorno urbano y la vivienda implica a los organismos que regulan la contaminación ambiental, así como a las autoridades locales de planificación y gubernamentales.
- La reducción de las lesiones causadas por el tráfico y el transporte requiere la actuación de los organismos de obras públicas y las autoridades de planificación.
- Frenar el cambio climático exige cambios en la fiscalidad y las políticas regulatorias, así como cambios sociales y de comportamiento que involucren a todos.
- La adaptación al cambio climático exige la actuación de casi todas las autoridades, especialmente las que se ocupan de la energía, el uso del suelo, el transporte y el comercio.



## 1.3 ¿Podemos estar más saludables gastando de forma inteligente?

Una serie de herramientas y estrategias hacen posible el gasto inteligente en salud. Pero algunas de estas estrategias son más fáciles de aplicar que otras. Por ejemplo, a menudo es más fácil rechazar un nuevo medicamento costoso si existe otro que resulta igual de eficaz y está disponible a un costo inferior. Por el contrario, las estrategias que limitan las opciones entre medicamentos, reducen sus precios o disminuyen los ingresos de los proveedores, probablemente se enfrenten a la resistencia por parte de los pacientes, las empresas y los proveedores afectados.

Ante este tipo de dificultades, ¿merece la pena el esfuerzo? Desde luego que sí. Los enfoques de gasto inteligente, como el uso de la información sobre costoefectividad para orientar las asignaciones presupuestarias, la mejora de la regulación del personal médico y la posibilidad de que los pacientes elijan proveedor, están asociados a una mayor salud y equidad (Moreno-Serra et al., 2019; Castelli et al., 2020). Al mejorar la eficiencia del gasto en salud, incluidos los enfoques de gasto inteligente, los países de América Latina y el Caribe podrían aumentar la expectativa de vida en 3,2 años, reducir la mortalidad infantil en 7,1 muertes por cada 1.000 niños menores de cinco años (una reducción del 30% en comparación con el promedio regional) y ampliar la cobertura de la asistencia calificada en el parto en otros 7,6 puntos porcentuales (Castelli et al., 2020; Moreno-Serra et al., 2019). Un gasto inteligente significa que más personas pueden vivir más tiempo y tener vidas más saludables.

El gasto inteligente también puede ayudar a los países a tomar decisiones que logren una atención en salud más equitativa, al utilizar información sobre quién se beneficia de las decisiones de política pública. Conocer quién se beneficia puede orientar las decisiones para asignar recursos limitados a enfermedades que representan una carga elevada para la mayoría de la población, las personas con mayores necesidades de salud y los grupos desfavorecidos con dificultades para acceder a los servicios de salud o beneficiarse de ellos. Un gasto inteligente dará prioridad a las intervenciones que ofrezcan el mayor valor para el presupuesto público en salud, especialmente para los grupos desfavorecidos, con el fin de garantizar que se distribuyan más atenciones en salud de manera justa (Norheim, 2015).

2

# Gasto inteligente: formas sabias de gastar en salud





Todos los países tienen la oportunidad de mejorar la salud y la equidad mediante un gasto más inteligente (BID, 2021; OCDE, 2017). Los cambios en las políticas o la administración pueden marcar la diferencia en casi cualquier aspecto de la política pública que afecte al gasto en salud, ya sea en la planificación, la presupuestación y la contratación, o en los sistemas de pago, la supervisión y la regulación. Esta sección se enfocará en tres aspectos particulares del gasto inteligente que abarcan una importante gama de opciones y han mostrado resultados en diferentes contextos:

- **"Comprar los insumos o servicios en salud adecuados"**: adquirir o suministrar bienes y servicios de salud que aporten más valor en relación con su costo, de forma más equitativa, que otros servicios.
- **"Lograr mejores acuerdos"**: encontrar formas de adquirir los mismos insumos, servicios y medicamentos a precios más bajos, o formas de administrarlos a un costo menor.
- **"Gastar menos en los insumos o servicios inadecuados"**: reducir el gasto en servicios de salud, medicamentos o dispositivos que son perjudiciales, son un desperdicio o aportan poco o ningún valor.

## 2.1 ¿Estamos comprando los insumos o servicios en salud adecuados?

En esta sección se analiza la compra de bienes y servicios de salud que aportan mucho valor en relación con su costo, con especial atención a los que son costoefectivos. Un gasto inteligente requiere que los países piensen qué quieren comprar con su dinero. Es difícil obtener más valor por cada peso, dólar o sucre si los países no saben lo que entienden por "valor". Una vez que sus objetivos están claros, hay muchas herramientas disponibles para ayudarles a establecer prioridades a la hora de reasignar sus presupuestos de salud pública o de tomar decisiones sobre qué comprar con fondos nuevos o ya existentes.

### 2.1.1 Valor

A la hora de tomar decisiones inteligentes sobre el gasto en salud, el valor fundamental es mejorar la salud de la población. Como se analizó en la sección 1.1, las decisiones pueden enfocarse en los resultados en salud, pero es más habitual que los países incorporen otros valores, como la equidad, la protección financiera, el trato digno, la capacidad de respuesta de los servicios de salud y los historiales de exclusión social. Encontrar formas inteligentes de gastar en salud implica obtener el máximo valor posible del presupuesto de salud en este sentido multidimensional. En este informe se hace mayor hincapié en las medidas de costoefectividad cuyo objetivo sea el impacto en la salud, ya que este enfoque cuenta con metodologías muy desarrolladas y es esencial para lograr mejores resultados en salud con los presupuestos públicos actuales.



## 2.1.2 La costoefectividad

**VER**

**¿Por qué adoptar métodos analíticos para establecer prioridades?**  
Peter Smith  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).

La costoefectividad mide la cantidad de valor que podemos obtener por una determinada cantidad de dinero. En el caso del gasto en salud, una versión relativamente sencilla podría dividir el costo total por los años adicionales de vida saludable para indicar el costo de un año adicional de salud. Esta relación ofrece una guía aproximada sobre qué tipos de terapias, políticas o intervenciones son "más baratas" o "más caras" que otras.

Calcular los años de vida saludable por cada peso invertido tiene sus limitaciones. Por ejemplo, no tiene en cuenta quién se beneficia de una mejor salud, cuándo se producen los bene-

ficios ni quién paga por esos beneficios. Algunas regiones, grupos de ingresos o grupos de edad pueden beneficiarse más que otros. Así mismo, los beneficios pueden ser inmediatos o lejanos en el tiempo. Además, algunas acciones pueden requerir de gasto público o reembolsos por parte de seguros, mientras que otras corren por cuenta de los hogares. Aunque los investigadores han desarrollado métodos para incorporar estos aspectos en sus cálculos técnicos, es más importante que los países debatan, aclaren y establezcan sus propios marcos de valor (Pichón et al., 2021). Los cálculos de costoefectividad pueden utilizar diferentes indicadores de salud. Los "años de vida ajustados por calidad", los "años de vida ajustados por discapacidad" y la "esperanza de vida ajustada por la salud" son tres indicadores comunes.<sup>5</sup> Los costos pueden excluir o incluir alguna parte de los costos fijos, como las inversiones en infraestructuras físicas, el mantenimiento y la administración. Los cálculos pueden tener en cuenta los desfases temporales valorando los costos o beneficios futuros menos que los actuales a una tasa de descuento determinada. A veces, los beneficios o los costos se ajustan para tener en cuenta a quién afectan.

5. Los dos indicadores utilizados en este informe son los años de vida ajustados por calidad (AVAC) y los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), que son indicadores del estado de salud de un individuo o una población. Combinan la duración de la vida y su calidad en un índice que va desde la muerte hasta un año de plena salud. Un solo AVAC o AVAD puede considerarse como un año vivido en perfecto estado de salud. Ambas medidas difieren en sus fundamentos teóricos y en la forma de estimarlas. Sin embargo, cuando se utilizan para calcular la costoefectividad de una intervención o tecnología en salud, las dos medidas tienden a estar correlacionadas y arrojan clasificaciones similares para las intervenciones en salud. En el cálculo de los AVAD, por "discapacidad" se entiende cualquier pérdida de salud a corto o largo plazo distinta de la muerte. Esto difiere del modelo social de discapacidad reconocido por la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que define la discapacidad no como una afección médica, sino como el resultado de una interacción entre las personas con deficiencias y las barreras externas que limitan su participación efectiva en la sociedad (Sassi, 2006; Drummond et al., 2005; Brazier et al., 2016; Feng et al., 2020).



Los métodos técnicos para introducir tales modificaciones en los cálculos de costoefectividad ayudan a los países a evaluar las compensaciones haciendo explícitos los supuestos y clasificando las intervenciones. Por ejemplo, el análisis de costoefectividad ampliado (ACEA) incluye información sobre la equidad y la protección financiera al dar más peso a los beneficios que obtienen los hogares más pobres y a las intervenciones que reducen el gasto de bolsillo en salud. El análisis de decisión multicriterio (MCDA, por su siglas en inglés) es otro método que puede incorporar la costoefectividad, pero utiliza múltiples criterios que las principales partes interesadas eligen por su importancia y relevancia de acuerdo con el contexto político y social. Entre los criterios que los responsables de la toma de decisiones han considerado dentro de un MCDA, los más comunes son la seguridad, el costo y la calidad de la prestación en salud (Góngora-Salazar et al., 2023). En otros casos, los países han utilizado los cálculos de costoefectividad como insumos de un proceso en el que pueden plantearse e incorporarse otras consideraciones de forma más cualitativa

## 2.1.3 Costo de oportunidad

Cuando los expertos en salud pública y los economistas reflexionan sobre el gasto inteligente y la priorización, suelen hablar del "costo de oportunidad", que es el valor que genera el siguiente mejor uso del dinero que se gasta. Por ejemplo, si un sistema de salud decide comprar un nuevo y costoso medicamento para tratar cánceres en etapa avanzada, los mismos fondos podrían utilizarse para prevenir enfermedades crónicas o infecciosas. El costo de oportunidad de los medicamentos contra el cáncer sería el impacto en la salud que podría obtenerse gastando el dinero de otra manera. En algunos casos, el nuevo medicamento será el mejor uso para esos fondos. En otros, no. Las relaciones de costoefectividad ayudan a distinguir ambos casos.

El método para calcular la costoefectividad depende de cómo se defina el costo de oportunidad. En otras palabras, ¿cuál es el "siguiente mejor uso" o el "siguiente uso más probable" de esos fondos? El siguiente mejor uso podría ser una forma diferente de tratar la misma enfermedad, o podría ser un tratamiento para una enfermedad, estado de salud o grupo de población completamente diferentes.

El costo de oportunidad no es solo un concepto abstracto. En la práctica, es posible demostrarlo. Por ejemplo, la República Dominicana compra un medicamento, Sorefenib, para tratar el cáncer renal de segunda línea. Tratar a una persona con Sorefenib en lugar del mejor tratamiento alternativo requiere la misma cantidad de dinero que examinar a 763 personas para detectar diabetes de tipo 2 y tratar a quienes padecen la enfermedad. Con un presupuesto de US\$ 100.000, la República Dominicana podría "comprar" 500 días de vida saludable utilizando Sorefenib o 27.956 días de vida saludable con la detección y tratamiento para la diabetes (véanse el cuadro 1 y el recuadro 2).



## CUADRO 1

### EJEMPLO DE COSTO DE OPORTUNIDAD, TRATAMIENTO DEL CÁNCER RENAL DE LA DIABETES


	SORAFENIB PARA TRATAR EL CÁNCER RENAL DE 2ª LÍNEA	DETECCIÓN DE LA DIABETES TIPO 2
NÚMERO DE PERSONAS AFECTADAS	45	600.745
COSTO POR CASO (US\$)	18.970	734
COSTO POR CASO Y MES (US\$)	3.136	4
DÍAS DE VIDA SALUDABLE GANADOS POR CASO	95	205
COSTO POR DÍA DE VIDA SALUDABLE (US\$)	199	4
DÍAS DE MEJORA DE LA SALUD PARA UN PRESUPUESTO DE US\$ 100.000	500	27.956

Fuente: Cálculos realizados a partir de datos de Jorgensen et al. (2023) y Gutiérrez et al. (2023).

Cuando el costo de oportunidad se define en términos de costoefectividad promedio del gasto en salud actual, el beneficio neto en salud puede utilizarse para medir la costoefectividad. El beneficio neto en salud es la cantidad de salud obtenida gracias a una intervención menos la cantidad de salud que podría obtenerse de otro modo, gastando a través del sistema de salud existente. En este caso, el indicador se mide solo en unidades de salud. Si el beneficio para la salud neto es positivo, se considera que la intervención merece la pena. Si es negativo, no lo es.

Al evaluar una nueva tecnología, el siguiente mejor uso de los recursos adicionales podría ser una tecnología existente. En este caso, la tecnología existente se considera un costo de oportunidad y se calcula una relación de costoefectividad incremental (RCEI) para medir la diferencia entre las dos tecnologías. El cálculo de la RCEI divide la diferencia de costos por la diferencia de beneficios en salud. Las nuevas intervenciones, que son menos costosas y más eficaces, son mejores opciones que las antiguas. Sin embargo, las nuevas tecnologías a menudo cuestan más y son más eficaces. En tal caso, la RCEI muestra si el aumento de la eficacia compensa el aumento del costo.

VER
+



Andrés Pichón-Riviere

Understanding what the cost-effectiveness thresholds and how to use it is very important

**Profundizar en el método del umbral de costoefectividad**

Andrés Pichón-Riviere  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).



En muchos casos es difícil determinar un costo de oportunidad específico, por lo que, para facilitar la toma de decisiones, las relaciones de costoefectividad se comparan con un punto de referencia o estándar (Brouwer et al., 2019). Un umbral de costoefectividad (UCE) es uno de estos puntos de referencia, que puede establecerse de numerosas maneras.

Los UCE pueden elegirse con base en una fracción del ingreso per cápita de un país. Otra alternativa es calcular el umbral en función de la costoefectividad promedio de un país (es decir, dividir la mejora de la salud total atribuible al sistema de salud y dividirla por su costo total). El umbral también puede fijarse a través de un diálogo social, utilizando encuestas sobre la disposición a pagar o estimando cuánto valoran las personas un año adicional de vida por el tipo de riesgos que asumen. Otro enfoque infiere un umbral basándose en decisiones tomadas en el pasado (McCabe et al., 2008). Muchos países que utilizan el análisis de costoefectividad lo aplican a nuevos tratamientos, calculando la RCEI y comparándola con la costoefectividad promedio del sistema de salud del país como referencia.

En América Latina y el Caribe, Brasil es el único país que utiliza actualmente un UCE como parte explícita de su proceso de toma de decisiones. Brasil cuenta con un consejo regulador que evalúa los medicamentos en relación con un UCE y negocia los precios con base en la diferencia entre la costoefectividad del medicamento y el UCE. Colombia y la República Dominicana han calculado UCE con fines analíticos, pero en la actualidad no los utilizan en sus revisiones regulatorias o decisiones presupuestarias (Pichón et al., 2021; Giedion et al., 2018).

## RECUADRO 2 EL COSTO DE OPORTUNIDAD DE MEDICAMENTOS DE ALTO COSTO EN LA REPÚBLICA DOMINICANA Y COLOMBIA

Una forma de pensar en "comprar los insumos o servicios en salud adecuados" consiste en considerar el costo de cada año de vida saludable y elegir gastar en las enfermedades, tratamientos o intervenciones que generan más años de vida saludable por el dinero gastado. Un estudio realizado en la República Dominicana mostró los costos de oportunidad del gasto en diez medicamentos muy caros en relación con sus beneficios en salud. Comparó los resultados en salud producidos por el gasto en esas diez drogas con los beneficios en salud de los gastos del sistema de salud, y después con dos intervenciones muy costoefectivas.

En 2022, la República Dominicana gastó US\$ 68 millones en diez medicamentos que beneficiaron a 1.807 pacientes. La salud y la vida de estas personas es importante y no debe ignorarse. Sin embargo, la disyuntiva entre tratar a estos pacientes y ayudar a otras personas es enorme. Estos diez medicamentos cuestan entre US\$ 29.000 y US\$ 5,4 millones por cada año de vida ajustado por calidad (AVAC) ganado. Esto es muy caro en comparación con el gasto de US\$ 4.108 por AVAC, que fue el costo promedio de los beneficios en salud del gasto público en salud de la República Dominicana ese año.



Si el Gobierno hubiera destinado el dinero gastado en estos medicamentos de alto costo a ampliar el sistema de salud general, podría haber reducido la carga de morbilidad entre 28.240 y 40.835 AVAC, el equivalente a proporcionar 10 años más de vida saludable a entre 2.824 y 4.084 personas (Jorgensen et al., 2023).

Por el contrario, si el país hubiera optado por destinar esos fondos a servicios con alta costoefectividad, podría haber mejorado la salud de un número aún mayor de personas. Por ejemplo, la detección oportuna del cáncer de cuello uterino y de la diabetes de tipo 2 cuesta US\$ 910 por AVAC y US\$ 1.288 por AVAC, respectivamente. La reasignación de fondos de los 10 medicamentos más costosos para ampliar la cobertura de estos dos servicios costoefectivos habría reducido la mortalidad y la morbilidad en 130.346 AVAC adicionales, lo que equivale a proporcionar 10 años más de vida saludable a 13.034 personas.

Colombia tiene una historia similar que contar. El país gasta aproximadamente US\$ 59 millones al año en 10 medicamentos para tratar enfermedades que proporcionan aproximadamente 3 años de vida saludable adicionales por persona en comparación con la compra de tratamientos alternativos disponibles en el mercado. Los beneficios van desde 14 días adicionales para un tratamiento de la degeneración macular hasta un año y medio de vida saludable para el tratamiento de un tipo de leucemia.

Si los pacientes fueran tratados con tratamientos alternativos, el dinero ahorrado podría utilizarse en otras partes del sistema de salud para generar 88.000 años de vida saludable adicionales para los colombianos que padecen otras afecciones. No todas las personas con las afecciones de salud tratadas por estos medicamentos de alto costo los están recibiendo actualmente. Si así fuera, el costo de oportunidad para los colombianos con otras afecciones de salud sería diez veces mayor.

En algunos casos, un precio más bajo reduciría de forma significativa el costo de oportunidad. Por ejemplo, un medicamento para la diabetes de tipo 2 sería más costoefectivo que la alternativa existente si su precio se redujera solo en un 30%. En otros casos, la eficacia del medicamento no es mucho mayor que la de la alternativa existente y ninguna reducción del precio supondría una diferencia en el costo de oportunidad. Este es el caso de un medicamento para la degeneración macular que solo añade 14 días más de vida saludable en comparación con el tratamiento alternativo y, sin embargo, a su precio actual, tiene un costo de oportunidad de 17.000 años de vida saludable.

Fuente: Jorgensen et al. (2023); Gutiérrez et al. (2023).

El análisis de costoefectividad tiene muchas aplicaciones. Puede utilizarse para identificar intervenciones costoefectivas que se cubrirán y financiarán con recursos públicos o para decidir sobre la adopción de nuevos tratamientos. Puede ayudar a priorizar las decisiones presupuestarias del sector público u orientar las inversiones en investigación y desarrollo.



Estos análisis pueden utilizarse para negociar precios vinculando el costo a los beneficios asociados en salud. Sobre todo, proporciona información sobre las ventajas inherentes a cualquier decisión presupuestaria entre un uso concreto de los fondos y sus costos de oportunidad.

## 2.1.4 Evaluación de tecnologías sanitarias

VER
+



Health Technology Assessment (HTA) involves a large number of value judgements

it involves a large number of value judgements.

Utilizar la evaluación de tecnologías sanitarias para seleccionar lo que los países deben comprar

Kalipso Chalkidou,  
Parte I (en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).



NICE:  
• 2013: Evaluation of the cost-effectiveness of Bosutinib  
Not cost-effective

NICE found that Bosutinib was not cost-effective

Utilizar la evaluación de tecnologías sanitarias para seleccionar lo que los países deben comprar

Francis Ruiz,  
Parte II (en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).

Mientras que la relación de costoefectividad es una herramienta concreta para comparar intervenciones en salud o negociar precios, la evaluación de tecnologías sanitarias (HTA, por sus siglas en inglés) es un enfoque sistemático más amplio para evaluar y decidir "cuáles son los insumos o servicios en salud adecuados que se deben comprar". Cada vez son más los países que adoptan este enfoque para mejorar los procesos de toma de decisión con base en evidencia. La HTA puede ayudar a decidir qué medicamentos y tecnologías médicas adoptar. También proporciona información para las guías de práctica clínica, las negociaciones de precios y otras estrategias de adquisición.

Esencialmente, la evaluación de tecnologías sanitarias no solo tiene en cuenta los aspectos de salud de una nueva tecnología, sino también factores ecológicos, sociales y éticos. En algunos países, esta se enfoca más en la relación beneficio-riesgo a largo plazo, mientras que, en otros, la atención se enfoca en el valor y los costos a corto plazo. En ambos casos, el análisis de costoefectividad es una parte de la evaluación, junto con otras formas de análisis y procesamiento de la información (Drummond et al., 2008).

Muchos países utilizan la evaluación de tecnologías sanitarias, especialmente para evaluar nuevos medicamentos y tecnologías. En una encuesta a 21 países de América Latina y el Caribe, 11 declararon haber establecido un organismo de HTA, mientras que 17 afirmaron llevar a cabo algún tipo de HTA (Lessa y Ferraz, 2017; Lorenzoni et al., 2019).



Los países que utilizan la evaluación de tecnologías sanitarias parecen tener sistemas de salud más eficientes, ya que logran más salud y un acceso equitativo en relación con lo que gastan (Castelli et al., 2020). Irlanda utiliza la información de su proceso de HTA para negociar los precios con los proveedores y ha ahorrado más de 19 millones de euros al año con este enfoque (McCullagh et al., 2014). Tailandia, por su parte, también utiliza la información de su proceso de evaluación de tecnologías sanitarias a la hora de negociar. En el caso del oxaliplatino, un tratamiento contra el cáncer, Tailandia obtuvo una reducción del 70% en el precio, lo que le ahorró US\$ 4,75 millones al año (Teerawattananon et al., 2014). A pesar de lo prometedor de este proceso, pocos países de América Latina y el Caribe lo utilizan de forma tan exhaustiva o coherente como podrían.

## 2.1.5 Planes de beneficios en salud

Otra estrategia para un gasto en salud más inteligente es el diseño y el uso de planes de beneficios en salud (PBS). Un plan de beneficios en salud enumera explícitamente los servicios que el sector público proporcionará o reembolsará. Si este plan se enfoca en los servicios y medicamentos que maximizan los objetivos de la política de salud del país con los limitados fondos disponibles, ayuda a orientar los recursos hacia "comprar los insumos o servicios en salud adecuados".

Antes de diseñar un PBS, los países deben decidir qué valores pretenden alcanzar (Pichón et al., 2021). Después, se pueden seleccionar los servicios más adecuados para lograr esos valores dentro del presupuesto del Gobierno para el plan. La eficiencia, la equidad y la protección financiera son tres de los criterios más comunes respaldados por los Gobiernos (Giedion et al., 2014).

Una característica importante de los PBS es que la cobertura de los servicios se hace explícita. De este modo, los ciudadanos saben qué servicios se financiarán con fondos públicos y cuáles no. También proporciona a los pagadores, ya sean aseguradoras o servicios nacionales de salud, la información que necesitan para evaluar y planificar las necesidades de recursos. De este modo, los PBS pueden promover la rendición de cuentas, guiar las decisiones presupuestarias y aumentar la eficiencia operativa en torno a los servicios y tecnologías sanitarias más importantes (Glassman et al., 2017; Giedion et al., 2014).

**VER**

comprises a set of clearly defined services.

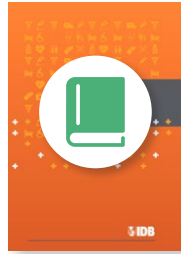
**¿Qué es y qué no es un plan de beneficios en salud?**

Marcela Distrutti  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).





LEER

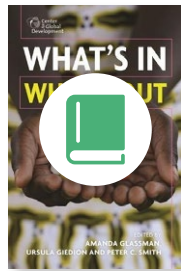


## Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional

Giedion et al. (2014).

Los planes de beneficios en salud también pueden ser transformadores como herramienta de compra estratégica. Una vez que los PBS definen los servicios que se financiarán, prestarán y garantizarán, se plantean automáticamente otras cuestiones políticas clave: ¿cómo se financiarán estos servicios?, ¿cómo se organizará la red de proveedores para prestar estos servicios prioritarios?, ¿quién prestará estos servicios?, y ¿cómo se responsabilizará el Gobierno del cumplimiento de su compromiso con el PBS?

LEER



## ¿Qué cubrir y qué no?: cómo diseñar planes de beneficios para lograr la cobertura universal en salud

Glassman et al. (2017).

En América Latina y el Caribe, los PBS existen desde hace mucho tiempo, y cada vez son más los países que los utilizan en el marco de sus compromisos con la Cobertura Universal en Salud. Sin embargo, la variación en los planes y su utilización es bastante amplia (véase el recuadro 3). Mientras que algunos países, como Uruguay, han adoptado PBS integrales para todos, otros han puesto en marcha planes limitados que se centran solo en determinadas poblaciones (por ejemplo, los más pobres) o en tipos concretos de tecnologías (por ejemplo, medicamentos o servicios de atención primaria) (Giedion et al., 2014).

Los PBS también varían de un país a otro en cuanto a su aplicabilidad. Por ejemplo, Chile estableció garantías ejecutables de protección financiera, acceso efectivo y normas de calidad que se aplican a todos los servicios y tecnologías en salud de sus PBS.<sup>6</sup> Otros países han sido más cautelosos y han dejado a los beneficiarios menos opciones de entablar demandas o exigir el acceso a los servicios de su PBS.

6. Chile definió su PBS en 2005 con un plan llamado "AUGE", que significa "Acceso Universal con Garantías Explícitas". Posteriormente, el programa cambió su terminología y se refiere a garantías explícitas de salud (GES). Para obtener más detalles, consulte el sitio web del Ministerio de Salud chileno: <https://auge.minsal.cl/>.



## RECUADRO 3 DISEÑAR UN PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD (PBS) ES ÚTIL EN MUCHOS ASPECTOS

En 2018, Honduras inició un proceso para diseñar un plan de beneficios en salud, con la asistencia técnica de CRITERIA. El país escogió tres criterios (eficiencia, equidad y protección financiera) para evaluar las intervenciones en salud. La iniciativa comparó las intervenciones en términos de eficiencia utilizando cálculos de costoefectividad y midió las diferencias en términos de protección financiera con datos sobre el gasto de los hogares. Las consideraciones de equidad fueron más difíciles de poner en práctica debido a la ausencia de datos desagregados, lo que obligó a adoptar un enfoque pragmático con una combinación de indicadores indirectos.

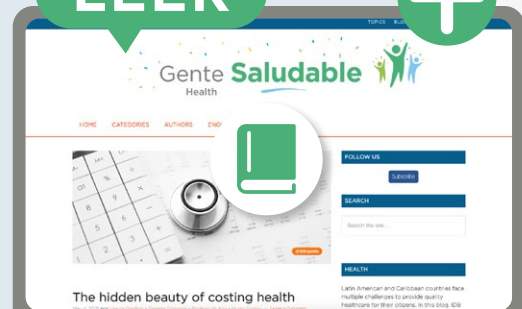
Esta iniciativa identificó 74 intervenciones en salud esenciales. Proporcionar el personal, los medicamentos, las pruebas y otros insumos necesarios para estas intervenciones en salud habría costado al Ministerio de Salud de Honduras aproximadamente US\$ 73 anuales por persona. Debido a que el Ministerio gastaba aproximadamente US\$ 29 por persona en estos servicios, garantizar el plan para todos habría requerido US\$ 44 adicionales por persona. Gastar esta cantidad de dinero en el PBS no era posible a corto plazo porque habría absorbido el 87% del presupuesto total de prestación de servicios del Ministerio.

Aun así, la información y el proceso fueron útiles en varios sentidos. El ejercicio de cálculo de costos destacó ineficiencias que, si se resolvieran, podrían liberar recursos para ampliar la cobertura en salud.

Conocer el costo del plan también fue útil para tomar decisiones estratégicas sobre los nuevos fondos que podría recibir el Ministerio de Salud. El Gobierno evidenció que podía destinar los nuevos fondos en salud hacia una ampliación progresiva de la cobertura, sin alterar las asignaciones de gasto actuales. Llegar al 70% de la población en 4 años no estaba fuera de su alcance. Otra estrategia podría haberse enfocado en cubrir a los grupos vulnerables con el plan de salud básico diseñado. Por otra parte, si el Gobierno pudiera reducir los servicios que no aportan muchos beneficios para la salud, podría redirigir esos fondos para llegar a más personas con el plan de salud básico. Lea sobre el diseño del PBS en Honduras con el apoyo de CRITERIA en el Breve 26: “Diseño y costeo de un plan de beneficios en salud en un país de ingreso medio-bajo, el caso de Honduras” (disponible en inglés y español).

Fuente: Góngora y Giedion (2021).

LEER



### La belleza oculta de calcular costos de salud

Giedion et al. (2021).



El uso de los PBS no está exento de desafíos. Para tener éxito, los países los deben diseñar y ajustar periódicamente mediante procesos de priorización explícita en salud. Para que los PBS sean acordes con sus objetivos y valores, los países necesitan marcos institucionales que sigan los principios de la buena gobernanza. Además, necesitan recursos humanos capaces de realizar los análisis pertinentes. Por último, el PBS debe cumplirse según lo prometido. Al garantizar una financiación, un seguimiento, recursos humanos y una inversión adecuados, los países podrán proporcionar un acceso efectivo a los servicios incluidos en el PBS. Si no se prestan los servicios prometidos, es probable que se fomente la desilusión y la insatisfacción de la población (Giedion et al., 2014; Glassman et al., 2017).

En la mayoría de los países donde se utilizan los PBS, estos son algo más que un conjunto de servicios de salud. Representan, más bien, una declaración de política pública sobre los servicios de salud que el Gobierno se compromete a prestar. En este sentido, los países rara vez diseñan sus planes de beneficios en salud utilizando únicamente información sobre su costoefectividad. En su lugar, establecen procedimientos de consulta, deliberación y revisión que, si tienen éxito, convierten el plan de beneficios en salud en una especie de pacto social, una declaración públicamente negociada de los tipos de asistencia que el país está dispuesto a proporcionar o aspira a proporcionar.

Los países pueden gastar de forma más inteligente identificando explícitamente lo que valoran y lo que quieren conseguir con el gasto en salud. Para ello, pueden utilizar métodos analíticos con objetivos claros como la costoefectividad, informar las decisiones políticas mediante evaluaciones de tecnologías sanitarias y priorizar diseñando planes de beneficios en salud para obtener más valor del gasto en salud. Estas estrategias proporcionan la información y la guía necesarias para comprar los insumos o servicios en salud adecuados.

## 2.2 ¿Podemos lograr mejores acuerdos?

Una vez que los países deciden comprar los insumos o servicios en salud adecuados, pueden obtener más salud y equidad buscando mejores ofertas en los servicios o tecnologías en salud (como tratamientos para la malaria), insumos (como equipos de laboratorio) e infraestructuras (como clínicas) que necesitan. Las estrategias para lograr mejores acuerdos diferirán según las tecnologías en salud, ya que los mercados, los productos, los proveedores y los compradores varían mucho (Dubois et al., 2019; Rosen y Tordrup, 2018; Silverman et al., 2019; OMS, 2016). Por ejemplo:

- Los precios tienden a ser más bajos cuando hay un número alto de competidores en el mercado de proveedores, mientras que tienden a ser más altos cuando hay más compradores.



- Los mercados pequeños pueden afectar a los costos de los proveedores si el bajo volumen les impide aprovechar las economías de escala en la producción.
- La protección de las patentes conduce a precios más altos.
- El acceso a información de mercado de buena calidad sobre la disponibilidad, la calidad y los precios de los productos a veces puede abaratar los costos.
- Las características de los compradores también influyen en los precios pagados. Aquellos con mejores índices de solvencia, que pagan puntualmente y tienen poder de negociación, tienden a pagar menos que los demás.

El proceso de compra de productos y servicios de salud con fondos públicos es más complejo que simplemente ir a una tienda y comprar un artículo. En el sector público, los procesos de compra no se limitan a seleccionar lo que se va a comprar (analizado en la sección 2.1). También incluye regular los precios y la calidad de los productos, licitar, negociar, contratar, hacer pedidos y verificar la entrega (especialmente la garantía de calidad).

La compra de medicamentos, dispositivos o insumos médicos puede ser simple y directa o estar separada en funciones distintas llevadas a cabo por diferentes organizaciones. En los casos más sencillos, un único organismo puede examinar los anuncios de un producto disponible en mercados competitivos, elegir un proveedor y presentar un pedido. En los más complejos, una agencia nacional podría negociar precios con una empresa que tenga un producto único y establecer un acuerdo marco o contrato. Después, los distritos de salud locales podrían adquirir la cantidad de este producto que necesitaran en el marco de las condiciones negociadas. En este último ejemplo, las funciones de negociación y compra son distintas y las realizan diferentes organizaciones.


Gracias a la autoridad gubernamental para aprobar leyes y regular los mercados, los países disponen de una amplia gama de medios para lograr mejores acuerdos en bienes y servicios de salud. Pueden dar por sentada la situación actual del mercado y mejorar la administración de los procesos de adquisición, la búsqueda de ofertas y la negociación de precios. Sin embargo, también pueden cambiar los mercados de salud aprobando leyes, aplicando reglamentos y financiando programas especiales para promover la producción o modificar la demanda de forma favorable. En la práctica, estos dos enfoques generales se superponen. Por ejemplo, incluso sin cambios regulatorios, las compras gubernamentales afectan al número de proveedores de un mercado en función de su volumen de compras y de los precios que pagan. Aun así, algunas estrategias entran claramente en una u otra categoría, y siempre es importante que el Gobierno piense en toda su gama de instrumentos.




Aunque existen numerosas estrategias para lograr mejores acuerdos, esta sección se enfocará en cuatro de ellas:

- Mejorar la administración y el manejo de los procesos de compra.
- Pagar precios más bajos por productos o servicios similares.
- Compras conjuntas.
- Regulación de los precios.

## 2.2.1 Mejorar la administración y el manejo de los procesos de compra

**LEER** 



**Guía de referencia para planes maestros de inversiones en salud con enfoque de red**

Acuña et al. (2018).

La administración y el manejo de los procesos de compra han presentado problemas en muchos sistemas de salud de América Latina y el Caribe. Los bienes fungibles, como medicamentos y suministros, suelen adquirirse anualmente y en función de niveles históricos, en lugar de responder a los cambios en la población y las necesidades médicas. Los procedimientos de licitación a menudo requieren de documentos extensos y depósitos en garantía, lo que aumenta los costos de transacción y disuade a los licitadores. El resultado es una menor competencia, precios más altos y retrasos en la toma de decisiones y las entregas. Además, muchos países siguen aplicando procedimientos manuales basados en papel: no solo son más lentos que los sistemas electrónicos, sino que no generan

bases de datos que faciliten el análisis y la mejora de los procesos. Por último, los recursos humanos pueden carecer de la capacidad necesaria para llevar a cabo una planificación eficaz, preparar licitaciones, administrar procesos de licitación, preparar y finalizar contratos, supervisar a los proveedores de servicios contratados o garantizar la calidad de los bienes entregados (Silverman et al., 2019).

Un gasto en salud más inteligente es difícil si la administración y el manejo de los procesos de compra de un país son ineficientes. Comprar los insumos o servicios en salud adecuados a un buen precio es menos probable si los proveedores no están interesados en vender al Gobierno debido a los elevados costos de transacción, los retrasos en la adjudicación de contratos o las dificultades para cobrar.



La mayoría de los países de la región han intentado resolver estos problemas y hacer más eficientes los procesos de compra. Así, muchos países han reemplazado los procedimientos manuales por otros electrónicos y, gracias al uso de tecnologías digitales, pueden obtener más valor de su gasto de varias maneras. Por ejemplo, los procesos de compra electrónicos hacen más fácil que se presenten más ofertas y promueven una mayor competencia al reducir los costos de transacción de los proveedores. También aumenta la transparencia, que dificulta que los involucrados incurran en favoritismos o fraudes.

Por estas razones, la digitalización de las compras es cada vez más habitual. Al menos 19 países tienen portales de compra en línea, y la mayoría puede aceptar la presentación electrónica de ofertas. Aproximadamente la mitad puede realizar subastas en línea. Por otro lado, solo un tercio, incluidos Brasil y Jamaica, maneja facturas en línea (OCDE, 2016).

Algunos países también han emprendido cambios legales o regulatorios para facilitar la entrada de nuevos proveedores. Por ejemplo, la firma de acuerdos internacionales sobre comercio y propiedad intelectual (como los ADPIC) y la eliminación de normas que favorecen a los proveedores locales, como el requerimiento de cuentas de garantía bloqueadas en moneda local. Del mismo modo, muchos países están reformando los procedimientos de registro de medicamentos para aceptar pruebas de garantía de calidad de organismos reguladores de medicamentos que, pese a ser de otros países, gozan de un gran prestigio. Un área de los procesos de compra que implica mucho dinero y tiene consecuencias a largo plazo es la infraestructura. El gasto inteligente en infraestructura requiere mucha atención durante la fase de diseño para garantizar que las especificaciones se ajusten a la demanda esperada, el personal y los suministros estarán disponibles para el funcionamiento de la estructura, y el mantenimiento de la estructura será económicamente viable (Acuña et al., 2018). Esto se aplica no solo a hospitales, clínicas y puestos de salud, sino a cualquier infraestructura física relacionada con el sistema de salud, como laboratorios de investigación y diagnóstico o centros de datos.

Debido a que las infraestructuras tienen una larga vida útil, proyectar su utilización es muy importante. Para decidir la construcción o la rehabilitación de hospitales o clínicas se necesita información sobre la población y su perfil de enfermedad. Para diseñar las instalaciones hay que tener en cuenta cómo encajarán en la red de servicios de salud locales o nacionales. Si es posible, los diseños deben ser flexibles para que las estructuras puedan reorganizarse en función de las demandas cambiantes. También debe tenerse en cuenta la resiliencia ante desastres naturales, efectos del cambio climático y emergencias de salud (Barandiaran et al., 2019).

Los hospitales, en particular, consumen mucha energía y agua, y también producen residuos peligrosos, por lo que requieren diseños que reduzcan el impacto sobre los recursos naturales, el cambio climático y los flujos de residuos. Debido a que estas decisiones también afectan al gasto futuro en operaciones, una buena planificación intentará minimizar el uso de energía y agua. Por ejemplo, los diseños eficientes desde el punto de vista energético pueden reducir los costos operativos de las instalaciones de salud entre un 20% y un 50% (Fischel et al., 2020).



El gasto inteligente en infraestructuras también requiere estrategias de contratación que mantengan los costos bajos al mismo tiempo que garanticen la calidad y la puntualidad de la construcción. Normalmente, los Gobiernos conceden contratos y supervisan a los contratistas para construir o instalar equipos. Sin embargo, los países están experimentando nuevas formas que van más allá de los enfoques convencionales, compartiendo los riesgos de administración con las empresas privadas. Estas asociaciones público-privadas (APP) pueden ser costoefectivas cuando se estructuran y se ponen en marcha de manera adecuada. En 2017, había unos 26 contratos de APP en operación en los sistemas de salud de la región. En este sentido, un estudio de hospitales que utilizan APP en Chile documentó ahorros del 7% en la construcción y del 16% en el valor actual neto a lo largo del tiempo, incorporando los costos operativos, en relación con los contratos de construcción convencionales. Las APP también se terminaron más cerca del presupuesto y más rápido que los enfoques convencionales (Suárez Alemán et al., 2019). Las condiciones para que este tipo de asociaciones sean exitosas son bastante amplias, si bien el caso de Chile sugiere que merece la pena investigarlo.

### 2.2.2 Pagar precios más bajos por productos o servicios similares

Un gasto inteligente en salud también implica buscar los mejores precios del mercado, teniendo en cuenta que es posible encontrar medicamentos y servicios de salud de igual eficacia a precios muy diferentes. Esto ocurre incluso con productos y servicios fabricados por la misma empresa y vendidos con un envase idéntico. También ocurre cuando los productos o servicios se diferencian por marcas, pero tienen el mismo impacto en la salud. En ambos casos, los países que gastan de forma más inteligente pueden conseguir que los presupuestos en salud lleguen más lejos pagando menos y obteniendo los mismos resultados.

Los precios que se pagan por el mismo medicamento, equipo o suministros (incluso cuando se producen por el mismo fabricante) varían en cantidades sorprendentemente grandes en función de quién sea el comprador. Algunos hospitales británicos, por ejemplo, pagan más de £ 16 por paquetes de guantes de goma, mientras que otros los compran por solo £ 0,35 (Rose et al., 2018).

En otros casos, los precios varían entre marcas o fabricantes incluso cuando la eficacia y seguridad del medicamento o equipo es la misma. Por ejemplo, el Servicio Nacional del Consumidor de Chile informó de que los medicamentos originales cuestan el doble que los genéricos de marca y ocho veces más que los genéricos sin marca (SERNAC, 2018). En términos generales, se evidenció que los precios de los medicamentos comunes varían hasta en un 1600% entre países y en un 300% incluso dentro del mismo país (Dubois et al., 2019).



Los compradores inteligentes pueden utilizar distintas estrategias para conseguir precios más bajos. Así, cuando un mercado tiene múltiples proveedores, los compradores pueden cambiar a proveedores más baratos o buscar ofertas para pagar menos.

Al investigar los proveedores, los precios, la calidad y las condiciones contractuales, los compradores pueden estar mejor informados a la hora de negociar descuentos de precios con sus fabricantes o distribuidores actuales. La información sobre costoefectividad se ha utilizado en muchos casos para negociar precios con empresas farmacéuticas que buscan que se apruebe el uso de sus medicamentos. Las agencias gubernamentales pueden insistir en que el precio del medicamento sea proporcional al beneficio para la salud esperado como condición para permitir su venta y uso, para así evitar la entrada de medicamentos con precios elevados que tienen un beneficio limitado.

Una de las principales estrategias para lograr mejores acuerdos en salud consiste en comprar medicamentos que tengan el mismo valor en salud, pero con precios más bajos. De hecho, la OMS ha declarado que la compra de medicamentos genéricos y equivalentes biosimilares en lugar de medicamentos originales es la política más importante para que los sistemas de salud sean más eficientes (OMS, 2010). Por ello, el resto de esta subsección analizará en detalle la estrategia de compra de genéricos, que abarca tanto el proceso de compra como la configuración del mercado.

Los medicamentos protegidos por patentes (denominados medicamentos "originales" o "de patente") no se enfrentan a la competencia hasta que expira la patente. Por ello, suelen tener precios altos, ya que los fabricantes buscan recuperar los costos de investigación y desarrollo, así como aumentar los beneficios antes de que expire la patente e ingresen competidores en el mercado. En los países de ingreso medio, los medicamentos originales representan entre el 20% y el 25% de las compras de medicamentos por volumen. Sin embargo, debido a su mayor costo, pueden representar entre el 60% y el 80% de todo el gasto en medicamentos. Por el contrario, los medicamentos sin patente (aquellos cuyas patentes han expirado) representan alrededor del 75% de todos los medicamentos disponibles y suponen un porcentaje menor del gasto en medicamentos, entre el 20% y el 40% (Kanavos, 2016).

Una vez que expira una patente, los competidores tienen libertad para producir y vender medicamentos que son "copias" del medicamento original con patente. Estos medicamentos, denominados "medicamentos genéricos" o, simplemente, "genéricos", tienen los mismos principios activos, se les proporciona un uso idéntico y tienen perfiles similares en cuanto a efectos secundarios y seguridad. De hecho, los países suelen exigir a los fabricantes de genéricos que realicen estudios que demuestren que el medicamento genérico tiene las mismas propiedades terapéuticas que el medicamento original (lo que se conoce como "bioequivalencia") antes de que se les permita registrarlos y venderlos. Para un medicamento concreto, puede ser posible comprar el medicamento original, un genérico de marca producido por la misma empresa que fabrica el original, así como genéricos de marca de otras empresas y genéricos sin marca (véase el recuadro 4).





## RECUADRO 4 ORIGINAL, MARCA GENÉRICA, Y GENÉRICOS SIN MARCA: ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

Un medicamento original es un medicamento producido y vendido por el fabricante original. Por ejemplo, los investigadores de Boots Pure Drug Company Ltd. solicitaron en 1961 la patente de un compuesto, el ácido 2-(4-isobutilfenil) propiónico, como alternativa a la aspirina para tratar la artritis reumatoide. A este compuesto se le dio el nombre de "ibuprofeno". En 1969, Boots empezó a comercializarlo como medicamento de venta con receta llamado Brufen. En 1983, el Reino Unido aprobó la venta del ibuprofeno sin receta médica y la empresa Boots lo comercializó como Nurofen. En 1985, la patente del ibuprofeno expiró, lo que provocó que una amplia gama de genéricos con y sin marca entraran en el mercado.



Fuente: [Encyclopedia.com](https://www.encyclopedia.com) y [The Pharmaceutical Journal](https://www.thepharmaceuticaljournal.com).

El ahorro que supone comprar genéricos en lugar de medicamentos originales puede ser considerable. Incluso el cambio de genéricos de marca a genéricos tiene el potencial de ahorrar mucho dinero, que puede gastarse de forma más eficiente en cubrir otras necesidades en salud. Por ejemplo, el 78% del valor de las ventas en farmacias minoristas de la República Dominicana corresponde a genéricos de marca, y solo el 8% a genéricos sin marca. Los genéricos sin marca son 3,5 veces menos caros que el precio medio de los genéricos originales y de marca. Por consiguiente, si el sistema de seguridad social del país comprara genéricos sin marca, podría ahorrar US\$ 14,4 millones al año. Además, si los hogares del país cambiaran a los genéricos sin marca, el gasto de bolsillo en salud podría reducirse sustancialmente (Atal et al., 2023).



Aunque sustituir los medicamentos originales por genéricos pueda parecer sencillo, en realidad necesita políticas y programas sólidas para promover la competencia y fomentar la adopción de medicamentos genéricos (véase el recuadro 5). En primer lugar, los fabricantes de medicamentos originales suelen confundir al mercado cuando expira la patente introduciendo un genérico de marca para competir contra su propio medicamento original (Appelt, 2009). Esta estrategia hace que el mercado parezca competitivo y puede ofrecer cierto ahorro a los compradores, pero no tanto como en el caso de la competencia de otros genéricos de marca y, sobre todo, de los genéricos sin marca.

Las regulaciones gubernamentales y los incentivos financieros también pueden inhibir la competencia frenando, intencionadamente o no, la introducción de genéricos. Los medicamentos se deben registrar y aprobar para su venta con el fin de garantizar su eficacia y seguridad. Sin embargo, en ocasiones los procedimientos son innecesariamente largos o costosos. Las empresas que tienen intereses económicos en limitar la competencia también tratan de retrasar la entrada de los genéricos. Para ello, utilizan muchas estrategias, como compensar económicamente a aquellos competidores que se comprometen a no entrar en el mercado, alentar a médicos y pacientes a cambiar un medicamento cuya patente ha expirado por una formulación más nueva que tiene una protección de patente más larga, presionar contra las importaciones de genéricos e incluso comprar empresas que son posibles competidores (Jones et al., 2016). Cuando tienen éxito, entran menos genéricos en el mercado y, con ello, los precios se mantienen altos.

Las políticas de compras y las regulaciones sobre seguros de salud también pueden obstaculizar o fomentar el uso de medicamentos genéricos. Muchos países conceden a los médicos plena libertad para recetar medicamentos originales o genéricos, pero otros han establecido normas o límites a esta autoridad. Por ejemplo, España, Italia y Portugal cuentan con mandatos para que los médicos receten medicamentos por su nombre genérico (Vogler et al., 2021).

Cuando los sistemas de salud reembolsan los costos de los medicamentos sin tener en cuenta la disponibilidad de alternativas más baratas, gastarán más y entrarán menos genéricos en el mercado. Por el contrario, cuando los sistemas de salud requieren a los médicos que receten genéricos o deciden reembolsar únicamente los medicamentos bioequivalentes al precio de la alternativa más barata del mercado, estos gastan menos y fomentan la entrada de más genéricos en el mercado (Greiner, 2016).

**VER**

and, therefore, a better balance between demand and offer,

**Medicamentos genéricos y estrategias para fomentar su uso**

Fatima Suleman  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).



Por último, cuando las personas eligen qué medicamentos comprar, pueden aparecer los sesgos. Así, contrarrestar la desinformación sobre los genéricos precisa de leyes que impidan a los médicos dejarse influir por las empresas farmacéuticas (Toverud et al., 2015). Esto también requiere regulaciones relativas a la comercialización y al etiquetado a fin de garantizar que médicos, farmacéuticos y pacientes puedan identificar fácilmente los equivalentes genéricos de los medicamentos originales. Por ejemplo, Brasil requiere que el nombre genérico aparezca impreso debajo de la marca (Da Fonseca y Shadlen, 2017; Appelt, 2009).<sup>7</sup> Por consiguiente, sensibilizar a la opinión pública sobre la equivalencia entre medicamentos originales y genéricos puede hacer que los pacientes se decanten por los genéricos de menor precio. "[Exige el Amarillo](#)" es la campaña con la que Chile anima a sus ciudadanos a decantarse por la compra de genéricos, un mensaje que hace referencia a la barra amarilla impresa en las cajas de genéricos de las farmacias chilenas (Babar et al., 2014). Por supuesto, para convencer a médicos, farmacéuticos y al público en general de que los genéricos son equivalentes a los medicamentos originales en términos de seguridad y eficacia, también es necesario que los países establezcan mecanismos que garanticen que este tipo de medicamentos son realmente tan seguros y eficaces como se afirma.

## RECUADRO 5 RECOMENDACIONES PARA FOMENTAR EL USO DE GENÉRICOS

- Establecer la equivalencia terapéutica.
- Abordar el envasado y el etiquetado.
- Mejorar las prácticas de venta exclusiva con receta.
- Fomentar el reemplazo de genéricos en las farmacias.
- Definir precios.
- Promover la entrada, venta y fabricación de genéricos.

Fuente: Gutiérrez (2023).

El efecto de limitar la competencia es bastante costoso y, a la inversa, el posible ahorro de fomentarla es enorme. En Estados Unidos, cuando expiran las patentes y hay tres competidores en el mercado, los precios caen alrededor de un 20%, mientras que con 10 o más com-

7. Brasil aprobó una Ley de Medicamentos Genéricos en 1999 que ayudó a los consumidores a entender lo que estaban comprando al requerir que todos los medicamentos genéricos utilicen la Denominación Común Internacional (DCI) del medicamento en sus etiquetas, junto con la letra "G" y una franja amarilla para señalar la equivalencia del medicamento con cualquier otro medicamento con ese nombre genérico. La Ley de Medicamentos Genéricos permite que los medicamentos originales incluyan su nombre comercial en letras más grandes, pero el nombre genérico no puede ser más pequeño que la mitad del tamaño de la fuente del nombre comercial. Brasil también requiere que los médicos del Sistema Único de Salud público receten utilizando el nombre genérico. Sin embargo, los médicos del sector privado no tienen una obligación similar conforme a la ley (Da Fonseca y Shadlen 2017).



petidores, el precio cae un 80% (Nguyen et al., 2022). También en Europa, los estudios han revelado que, en los dos años siguientes a la expiración de la patente de un medicamento, los competidores entran rápidamente y hacen bajar los precios de forma drástica (Kanavos, 2014).

En América Latina y el Caribe puede darse una dinámica similar. Sin embargo, algunos factores, como el pequeño tamaño de los mercados, la lentitud de los sistemas regulatorios y el comportamiento estratégico de las empresas, pueden limitar la competencia más que en los países de ingresos altos. Por ejemplo, la información de Colombia muestra que después de la aprobación de un primer competidor, en el año siguiente solo un competidor adicional obtiene licencia y, en los dos años siguientes, solo se conceden dos licencias.<sup>8</sup> Esto refuerza la necesidad de comprender qué factores inhiben o fomentan la entrada de genéricos, así como la importancia de formular políticas públicas que promuevan la competencia para los medicamentos sin patente.

## 2.2.3 Compra conjunta

**LEER** +

**Comisión coordinadora para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud de México**

Bañuelos (2016).

La compra conjunta es una estrategia de gasto inteligente para pagar menos por los insumos médicos y la atención en salud. Cuando los países u organizaciones agrupan sus compras en lotes más grandes, tienen la posibilidad de negociar precios unitarios más bajos en el mercado y ahorrar en costos administrativos. Cuando el rendimiento se mide en términos de pagar precios más bajos, los mejores predictores de un buen rendimiento de las adquisiciones son el volumen y la compra centralizada (Rosen y Tordrup, 2018).

La compra conjunta también tiene otras ventajas. A veces, las organizaciones encargadas de las compras de medicamentos pueden actuar

con mayor rapidez que sus Gobiernos u organizaciones miembros en caso de emergencia o si se agotan las existencias de forma imprevista. También pueden obtener medicamentos originales de forma anticipada ofreciéndose a comprar grandes volúmenes y ayudando a los proveedores a registrar y a aprobar los medicamentos (Nemzoff et al., 2019).

8. Cálculos realizados por Leonardo Arregoces a partir de la información reportada por la agencia reguladora nacional INVIMA al sistema de información administrado por el Ministerio de Salud sobre precios de productos farmacéuticos (SISMED).

LEER



### Políticas de adquisición de medicamentos: la experiencia internacional

Kavanos (2017).

Algunos Gobiernos han creado organismos que adquieren bienes en nombre de los proveedores de atención en salud pública en lugar de esperar que cada proveedor los obtenga por su cuenta. Chile creó la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST) para comprar medicamentos, dispositivos médicos y suministros para más de 500 unidades de salud y farmacias públicas. Esto generó un ahorro de alrededor del 75% en comparación con los precios más baratos de las farmacias privadas. La Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) de México agrupó los pedidos

de distintos organismos públicos de salud y logró así reducir los precios de los medicamentos entre un 7% y un 15% y, en el caso de los antirretrovirales (ARV), un 38% entre 2008 y 2015 (Barraza Llorens, 2012; Bañuelos, 2016; Adesina et al., 2013). Las iniciativas privadas, denominadas Organizaciones de Compras Colectivas, también compran grandes volúmenes para proveedores de salud públicos y privados. En Kenia, MedSource es una empresa con ánimo de lucro que ofrece precios más bajos a sus organizaciones miembros, que pueden ser farmacias, cadenas de farmacias, hospitales u otros proveedores de salud. Para ello, pone en común la demanda de sus miembros y negocia descuentos tanto con fabricantes como con distribuidores.

Los países también pueden realizar compras conjuntas. Aunque puede resultar difícil negociar este tipo de acuerdos internacionales, son factibles y eficaces. A veces, los países autorizan a organismos internacionales, como el Fondo Mundial o UNICEF, a comprar productos para ellos. Por ejemplo, la Organización de los Estados del Caribe Oriental (OECS) creó en 1986 un Servicio de Adquisiciones Farmacéuticas para comprar suministros de salud para sus 10 Estados miembros, que les permitió conseguir un ahorro de unos US\$ 4 millones cada año para sus miembros (SERCOP, 2015).

Otro ejemplo es el Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Creado en 2000 para adquirir suministros de salud para sus 33 miembros, su objetivo es negociar un precio bajo único para todos ellos, ya sea de mosquiteras, kits de diagnóstico o medicamentos sofisticados. Para los medicamentos de alto costo con demanda a largo plazo, como los medicamentos para el VIH y la tuberculosis, el Fondo Estratégico de la OPS ha negociado acuerdos a largo plazo con precios fijos (Nemzoff et al., 2019). En este sentido, cabe señalar que los países aprecian claramente este servicio, como lo indica el aumento de 15 veces en la adquisición de ARV a través del Fondo Estratégico entre 2004 y 2012 (OPS y OMS, 2013). Otra ventaja de un fondo conjunto como el Fondo Estratégico de la OPS es que puede adquirir



suministros de forma rápida durante emergencias o desabastecimientos imprevistos. Durante la pandemia de COVID-19 (véase el recuadro 6), este fondo ayudó a 25 países a obtener acceso a más de US\$ 235 millones en medicamentos esenciales y suministros de salud pública. Además, concedió casi US\$ 39 millones en líneas de crédito y prestó una asistencia técnica que resultó fundamental para la respuesta de la región ante la emergencia (Lal et al., 2022).

En lugar de crear una agencia internacional para las compras conjuntas, los países pueden firmar acuerdos que negocien los precios en su nombre. Después, cada país compra directamente a los proveedores bajo los términos del contrato negociado. Por ejemplo, el Consejo de Ministros de Salud de Centroamérica (COMISCA) negocia los precios para sus ocho países miembros. En este sentido, ha conseguido ahorros sustanciales negociando de forma conjunta la compra de productos farmacéuticos de alto costo para enfermedades crónicas (SERCOP, 2015).

Beneluxa es una iniciativa de varios pequeños países europeos que colaboran para vigilar y predecir el cambio tecnológico y realizar evaluaciones de tecnologías sanitarias. Sus miembros comparten conocimientos políticos y buenas prácticas, y negocian de forma conjunta los precios de un grupo de medicamentos de alto precio. Al igual que COMISCA, esta iniciativa demuestra que los países pequeños pueden unir sus fuerzas y utilizar la evidencia para conseguir un mejor valor (Giedion y Bettati, 2023).

Combinar las compras de tecnologías sanitarias entre países no está exento de dificultades. Los países cuentan con marcos jurídicos y regulatorios diferentes y, por ello, pueden aplicar normas diferentes para el registro de medicamentos, la protección de la propiedad intelectual y la gestión del comercio. Otro aspecto relevante es la necesidad de negociar las condiciones contractuales de las compras conjuntas. Esto puede complicarse si los países han firmado acuerdos bilaterales con empresas que conceden acceso exclusivo al mercado o prohíben compartir información sobre las condiciones contractuales. En este sentido, la compra conjunta o centralización dentro de los países se enfrenta a menos obstáculos, pero sigue demandando tiempo y energía para garantizar la compatibilidad entre las instituciones en términos de estandarización de productos, datos y puntualidad en los pedidos.

Hay que tener cuidado a la hora de poner en práctica la compra conjunta para no perder las ventajas de la descentralización. En general, la compra descentralizada parece reducir el desperdicio y aumentar la rendición de cuentas sobre el suministro de bienes. Así, los países escandinavos optaron por descentralizar la compra, pese a pagar precios más altos, porque valoraban una mayor autonomía de los centros de salud locales (Rosen y Tordrup, 2018). Los países, en cualquier caso, deben mejorar el intercambio de información, las cadenas de suministro y el seguimiento de los productos para beneficiarse de la adquisición conjunta sin perder las ventajas de la compra local. Otra estrategia que puede equilibrar los beneficios de la compra conjunta y la descentralización es negociar acuerdos de compra y precios estandarizados a nivel central y permitir que los centros locales compren bajo esos términos.

## 2.2.4 Regulación de los precios



La regulación pública de los precios es otra forma de apoyar el gasto inteligente. Los mercados farmacéuticos y de insumos médicos rara vez son competitivos porque los productos no están estandarizados, el número de proveedores suele ser limitado y puede ser difícil obtener información sobre la oferta y la calidad. Una forma de mejorar estos mercados es facilitar más información. Los Gobiernos pueden organizar, publicar u ordenar la divulgación de información para que los compradores estén mejor informados. La regulación directa de los precios también puede contrarrestar el poder de mercado en mercados con pocos proveedores. Algunos enfoques destacados de la regulación de precios son

los límites de precios, la fijación de precios de referencia externos, la fijación de precios de referencia internos y la fijación de precios basados en el valor.

Los límites de precios establecen un precio máximo del medicamento. Este enfoque se utiliza comúnmente para los precios al por menor de los genéricos (Puig-Junoy, 2010), pero también se puede emplear para limitar los precios de los medicamentos de marca patentados. Desde 2013, un sistema de límites de precios en Colombia basado en precios de referencia externos ha regulado los mercados de medicamentos<sup>9</sup> con pocos proveedores. Después de implementar este enfoque, la clasificación de Colombia mejoró de forma drástica en relación con otros países (Andía, 2018).

La fijación de precios de referencia externos (PRE), a veces denominada fijación precio de referencia internacional, establece el precio de un medicamento en relación con los precios aplicados en otros países. A menudo, se utiliza como precio de referencia externo el precio promedio o más bajo del fabricante en un grupo de países pares. Algunos países eligen el PRE para el precio del medicamento, mientras que otros lo utilizan como parte de la información para fijar el precio (Remuzat et al., 2015).

La fijación de precios de referencia internos (PRI) regula el precio de un medicamento en relación con otros medicamentos del mismo país. Los medicamentos con el mismo principio activo tienen el mismo precio, a menudo basado en el sustituto más barato disponible (Kanavos, 2016; Safatle, 2019). Un enfoque similar, denominado precios de referencia terapéuticos (PRT), agrupa los medicamentos que tratan la misma afección independientemente del principio activo.

9. En este caso, el mercado relevante es el de un grupo de medicamentos entre los que existe la posibilidad de sustitución terapéutica y económica. Véase Benavides Gutiérrez (2019).



Un ejemplo de esto son los distintos medicamentos para bajar la fiebre (aspirina, ibuprofeno, paracetamol, etcétera). A pesar de utilizar moléculas diferentes, su precio podría equipararse al de la versión más barata. En este contexto, merece la pena destacar que algunos países europeos que utilizan el PRI y el PRT han reducido los precios en más de un 40% (Kanavos, 2016).

La fijación de precios basada en el valor es una innovación más reciente que establece los precios en relación con la utilidad de un medicamento, es decir, en términos de su impacto terapéutico. Los países han experimentado con al menos tres formas distintas de fijación de precios basada en el valor. Cuando una empresa solicita la aprobación para vender un nuevo medicamento en un mercado, los países han fijado o negociado un precio basado en la comparación del nuevo medicamento con los tratamientos existentes. En otros casos, se utiliza una estimación del valor terapéutico del nuevo medicamento para establecer el precio. Un tercer enfoque se basa en los contratos por resultados para fijar implícitamente el precio. Un contrato por resultados puede incluir cláusulas de reembolso parcial o total si no se consigue el resultado terapéutico esperado. Por ejemplo, una empresa farmacéutica podría acordar reembolsar al Gobierno el costo de un tratamiento contra el cáncer si no consigue aumentar las tasas de supervivencia (Kannarkat et al., 2020; Prieto-Pinto et al., 2020).

La regulación de precios puede marcar una gran diferencia, sobre todo a corto plazo. Brasil pagaba más que Francia por el Imatinib, un medicamento contra el cáncer, hasta que estableció regulaciones y creó la Cámara Reguladora del Mercado de Medicamentos (CMED, por sus siglas en francés) en 2002 para llevar a cabo un proceso de evaluación de tecnologías sanitarias y establecer precios máximos para los medicamentos. Posteriormente, los precios brasileños bajaron, ahorrando al país un estimado de US\$ 180 millones en dos años (Safatle, 2019). El enfoque brasileño de regulación de precios clasifica los medicamentos en tres categorías en función de sus beneficios y costos para la salud. Si un medicamento tiene mayor valor terapéutico que otros medicamentos del mercado, la CMED recomienda un precio máximo basado en la fijación de precios de referencia externos. Sin embargo, si el medicamento tiene escasos beneficios en relación con otros medicamentos, su precio máximo se define con fijación de precios de referencia internos. La tercera categoría son los medicamentos que tienen un valor terapéutico similar a otros del mercado, pero se ofrecen a precios más bajos. El sistema de salud público acepta o revisa a la baja estos límites de precios basándose en su propio análisis de precio y valor.

**LEER**

**Acceso, desarrollo y regulación económica del mercado de medicamentos de Brasil**

Safatle (2019).





Este enfoque ha llevado a que los precios de los medicamentos en Brasil sean seis veces inferiores a los del mercado estadounidense. En cambio, Brasil no regula los precios de los dispositivos médicos y, sin una regulación comparable para los dispositivos médicos, acaba pagando precios muy altos por los dispositivos, hasta 30 veces más altos que en otros países (Safatle, 2019).

Cada uno de estos métodos tiene sus puntos fuertes y débiles. Los límites de precios permiten que la competencia haga bajar los precios por debajo del umbral establecido. Sin embargo, cuando esos límites son demasiado bajos, es posible que el medicamento deje de ser costo-efectivo y ello provoque su escasez. Ante esto, las empresas también podrían compensar los límites de precios de un medicamento subiendo los precios de otros (Andía, 2018).

Además, regular los precios suele ser difícil porque falta información fundamental. Los contratos de compra de medicamentos suelen prohibir la divulgación de los términos. Además, los nombres de los medicamentos, los envases y las dosis varían de un país a otro e incluso dentro de un mismo país, lo que dificulta las comparaciones. Cuando las empresas se enteran de cómo se fijarán los precios, pueden encontrar formas de "jugar" con el sistema. Por ejemplo, mediante la fijación de precios de referencia externos, las empresas pueden introducir de forma estratégica medicamentos en mercados con precios más altos para obtener mayores precios (Andía, 2018; Remuzat et al., 2015). Por ello, determinar el valor de los medicamentos en términos de impacto terapéutico es otro desafío al que se enfrentan los reguladores.

La regulación de los precios también puede reducir la eficiencia del mercado y desalentar la innovación. Por ello, se deben considerar las consecuencias no deseadas en relación con los beneficios logrados mediante las políticas de precios (Yadav, 2009). Aunque es bueno diseñar bien las regulaciones de precios, es aún más importante vigilar el mercado y actuar cuando surgen problemas. La regulación de precios no es algo que un país haga una vez y luego se olvide, sino que debe formar parte de un enfoque regular, continuo y sistemático para evaluar los precios, la calidad y el valor (Safatle, 2019).

## 2.3 ¿Estamos comprando los insumos o servicios en salud inadecuados?

Esta sección aborda las decisiones difíciles de eliminar programas o rechazar determinados medicamentos o tratamientos que son demasiado costosos, son un desperdicio o causan daños.

Las personas que quieran tomar decisiones inteligentes en materia de gasto en salud pueden empezar por dejar de fumar y evitar las bebidas azucaradas. Si lo hacen, mejorarán su salud y dispondrán de más dinero para gastar. Lo mismo ocurre con los países, que a menudo compran los insumos o servicios inadecuados con sus presupuestos en salud. Para gastar de forma inteligente, los países deben evitar comprar atención en salud que proporcione poco o ningún beneficio para la salud, perjudique a los pacientes o desperdicie los recursos.



## 2.3.1 Desinversión en servicios con poco o ningún beneficio para la salud

**LEER**

**Desinversión en salud: un acercamiento basado en la evidencia**  
Esandi (2023).

El uso excesivo de medios diagnósticos y los tratamientos ineficaces o poco seguros son demasiado frecuentes en muchos sistemas de salud. Los médicos solicitan radiografías para lumbalgias o cefaleas y ecografías cardíacas en pacientes de bajo riesgo, lo que eleva los costos y no aporta ningún beneficio significativo. También recetan antibióticos, antipsicóticos e inhibidores de la bomba de protones (para la enfermedad por reflujo) en exceso o de forma inadecuada (Hurley, 2014).

El recorte parcial o total del gasto en salud en este tipo de prácticas, que tienen poco o ningún valor en relación con su costo, se denomina "desinversión" (Elshaug et al., 2007).

Los países no siempre evalúan las nuevas tecnologías, pero aún son menos los que examinan las tecnologías existentes y se preguntan si deben abandonarse. Un estudio reciente identificó 45 iniciativas de desinversión en los últimos 50 años, la mayoría de ellas en países de ingreso alto, aunque también estaban representados Argentina, Brasil y México. Un ejemplo es la campaña Choosing Wisely (eligiendo sabiamente), una iniciativa que se inició en Estados Unidos y cuya metodología se adoptó en otros cinco países (Esandi, 2022). Las iniciativas de desinversión necesitan métodos para identificar las tecnologías que podrían tener poco o ningún valor y, después, requieren métodos para evaluar la tecnología. Si la evaluación demuestra que la tecnología no merece la pena, un país puede empezar a desinvertir en ella. Así, la determinación inicial de las tecnologías que deben revisarse puede basarse en distintos tipos de pruebas, como estudios científicos que carecen de referencia contextual, pruebas del contexto local o preocupaciones comunicadas por pacientes o médicos. Después, para decidir si desinverten, los países pueden analizar las revisiones sistemáticas existentes y las bases de datos internacionales, o realizar nuevos estudios para obtener la información necesaria.

Las variaciones en la práctica médica también pueden revelar candidatos a la desinversión, ya sea dentro de un mismo país o entre países. Los de América Latina y el Caribe tienen las tasas más altas de cesáreas del mundo, con un promedio del 40,5%, en comparación con el 18,6% en el resto del mundo (Betrán et al., 2016). En Brasil y la República Dominicana, por ejemplo, se practica la cesárea en más de la mitad de los partos. Cuando las prácticas médicas varían tanto sin que haya diferencias significativas en los resultados, esto indica que un número sustancial de estas cirugías son innecesarias.



Desinvertir en cirugías innecesarias tiene sentido, pero hacer ese cambio puede no ser sencillo y, de hecho, hace décadas que se intenta reducir el número de cesáreas innecesarias, con éxito desigual.

Los países que quieren gastar de forma más inteligente también deben abordar las prácticas de tratamientos con beneficios escasos. Por ejemplo, hasta la mitad de los antibióticos utilizados por las personas son innecesarios y no aportan ningún beneficio para la salud. Esto crea riesgos innecesarios para los pacientes, favorece la aparición de cepas antimicrobianas resistentes y hace que se malgaste dinero que podría destinarse a otros servicios de salud eficaces. Sin embargo, reducir la receta excesiva de antibióticos no es sencillo, puesto que requiere educar y entablar conversaciones con los médicos, farmacéuticos y el público en general sobre el uso de antibióticos, revisar los protocolos clínicos y cambiar los mecanismos de pago.

Si un país decide desinvertir en una tecnología o práctica médica, debe ser proactivo. Por ejemplo, podría examinar y revisar las directrices prácticas y los protocolos médicos, entablar conversaciones y talleres educativos con los profesionales de la salud, o ajustar los mecanismos e incentivos financieros. De hecho, para tener éxito, probablemente sea necesario actuar en todos esos frentes. Para ello, es fundamental encontrar la forma de convencer a los principales interesados, en especial a los profesionales de la salud, así como reasignar los ahorros a otras intervenciones en salud más productivas.

Entre las iniciativas que proporcionan información para la desinversión se encuentran DIANA,<sup>10</sup> con sede en España, el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) del Reino Unido y Choosing Wisely, una iniciativa internacional dirigida por asociaciones profesionales de seis países. Estas iniciativas a veces generan una lista de "no realizar", el enfoque adoptado por el NICE en el Reino Unido, o una clasificación de "alto valor/bajo valor", siguiendo el modelo empleado por DIANA.

Los ejemplos de desinversión con éxito incluyen cinco intervenciones de escaso valor identificadas por la campaña Choosing Wisely. Se trata de pruebas de laboratorio innecesarias, antibióticos para la sinusitis y pruebas DXA (densidad ósea) para detectar osteoporosis en personas sin factores de riesgo. El NICE emitió una decisión de no realizar las histerectomías cuando se recetan para tratar hemorragias menstruales abundantes. A partir de entonces, el número de cirugías se redujo alrededor de un 10 % (Chambers et al., 2017). Entre 2018 y 2020, una iniciativa argentina revisó la información disponible sobre prácticas médicas en la atención del cáncer (oncología) e identificó 26 prácticas en listas de "no realizar". Tras un proceso deliberativo que incluyó a expertos en oncología, así como la evaluación de tecnologías sanitarias, se seleccionaron seis de estas prácticas para su desinversión (Esandi, 2022). Tailandia, por su parte, retiró la atorvastatina de su lista nacional de medicamentos

---

10. DIANA es el acrónimo español de Divulgación de Iniciativas para Analizar la Adecuación en Salud.



esenciales cuando el proceso de evaluación de tecnologías sanitarias demostró que ya no era costoefectivo (Teerawattananon et al., 2014).

## 2.3.2 Desperdicio: clínico, operativo y administrativo

Las iniciativas de desinversión no son comunes, lo cual es un problema si se tienen en cuenta las ventajas que tiene reducir los servicios de salud innecesarios o perjudiciales. Los investigadores han calculado que los servicios de salud ineficaces e inseguros, junto con la prestación de una atención en salud de baja calidad, podrían representar hasta un tercio de todo el gasto en salud estadounidense (Berwick y Hackbarth, 2012). La OCDE llegó a la conclusión de que hasta una quinta parte del gasto en salud se desperdicia y podría invertirse mejor. Así, analizó tres tipos de desperdicio: clínico, operativo y administrativo.<sup>11</sup> El desperdicio clínico incluye la prestación de servicios, medicamentos y tecnologías innecesarios, de escaso valor o perjudiciales y, como esto ya se analizó antes, esta sección se enfoca en el desperdicio operativo y administrativo.

Los sistemas de salud tienen un gran desperdicio operativo: gastos innecesarios y pérdida de valor por una mala administración de medicamentos, suministros, instalaciones y redes. Los proveedores pueden comprar demasiados medicamentos o suministros para luego desechar los productos no utilizados. También se desechan productos cuando se duplican las recetas, los pacientes no cumplen sus regímenes o los hospitales administran mal sus existencias. Australia analizó los medicamentos devueltos a los distribuidores y descubrió más de US\$ 1 millón en medicamentos desechados, la mayoría de ellos con receta. En los hospitales se producen importantes desperdicios operativos debidos a la ineficacia de los servicios de alimentación, el consumo de energía, el consumo de agua y el mantenimiento. El flujo ineficiente de pacientes también puede contribuir al desperdicio en salud. Muchas intervenciones quirúrgicas son más costosas de lo necesario porque los pacientes ingresan en hospitalización en lugar de ambulatorio. Las hospitalizaciones suelen ser más largas de lo necesario cuando el proceso de diagnóstico, tratamiento, evaluación y alta está mal coordinado.

La administración es una parte importante de cualquier sistema de salud, pero también es un desperdicio. Los costos administrativos, asociados a la gobernanza del sistema de salud y a la recaudación y administración de los fondos en atención en salud, varían sustancialmente de un país a otro y de un sistema a otro. En Italia, Japón e Islandia, los costos administrativos representan menos del 2% del gasto en salud actual, mientras que en México, Francia y Estados Unidos superan el 5%.

---

11. Los párrafos siguientes se basan en "[Tackling Wasteful Spending](#)", publicado por la OCDE en 2017.



El desperdicio administrativo puede deberse a la fragmentación del sector de la salud. Los sistemas de salud con múltiples aseguradoras gastan mucho en facturación e informes. Los pagadores únicos o los servicios de salud nacionales suelen tener menos costos asociados a la facturación. Sin embargo, los procesos administrativos pueden ser lentos y costosos cuando estos sistemas tienen un rendimiento deficiente y una escasa rendición de cuentas. Así, reducir el desperdicio administrativo requiere un análisis detallado de los procedimientos y procesos para identificar y resolver los problemas. La estandarización de códigos e informes puede reducir algunos costos administrativos y facilitar el intercambio de información entre proveedores, aseguradoras y reguladores. Las tecnologías sanitarias digitales están creando nuevas oportunidades para reducir el desperdicio administrativo al mejorar la disponibilidad, la comunicación y el intercambio de información sobre los pacientes, la prestación de atención en salud, la calidad de la atención y los costos.

No es inteligente dejar que los fondos en atención en salud se desvíen a través del fraude, el abuso y la corrupción. Sin embargo, los sistemas de salud son bastante vulnerables a estos problemas (Savedoff y Hussmann, 2006). Por el sector de la salud circula mucho dinero, lo que lo convierte en un objetivo atractivo para quienes buscan enriquecerse a costa del público. El sector de la salud también tiene muchas transacciones dispersas y difíciles de controlar, como los procesos de licitación, la selección de proveedores, la distribución de medicamentos, la facturación de servicios, la capacitación y la manera de recetar. Esta combinación de alta probabilidad de recompensas y baja probabilidad de detección garantiza que el fraude, el abuso y la corrupción sean problemas persistentes en el sector de la salud.

Los conflictos de intereses también abundan en el sector de la salud. Por ejemplo, las empresas farmacéuticas influyen en los médicos de muchas maneras. Por ejemplo, pueden pagar directamente a los médicos por recetar medicamentos en países donde estas prácticas no están prohibidas. En otros lugares, encuentran formas de beneficiar a los médicos contratándolos para realizar investigaciones u organizando viajes a centros turísticos para seminarios educativos (Transparencia Internacional, 2006).

Frenar estos abusos exige un esfuerzo enérgico, ágil y sistemático por parte de los Gobiernos y de los responsables de supervisar los sistemas de salud. Se necesitan oficinas especializadas de investigadores que recopilen información sobre el tipo, el alcance y la escala de los abusos que se cometen. Así mismo, se deben revisar y ajustar las políticas del sistema de salud para reducir las oportunidades de abuso, aumentar la transparencia y hacer cumplir las leyes, las regulaciones y los códigos de conducta. Es clave resaltar que gastar dinero en frenar los abusos es una medida inteligente. Las estimaciones de Estados Unidos muestran que el Gobierno recupera más de US\$ 6 por cada dólar que destina a detectar el fraude.



### 2.4 ¿Podemos construir y apoyar sistemas que gasten de forma más inteligente?

Esta sección examina los aspectos institucionales y políticos del gasto inteligente.

Las decisiones sobre el gasto público en salud son fundamentalmente sociales y políticas. Esto es cierto tanto para el nivel general de gasto público en salud como para los procesos de asignación de esos recursos (Glassman et al., 2012; Savedoff y Smith, 2011). Al mismo tiempo, decidir en qué gastar sigue siendo una de las políticas públicas más difíciles en todos los sectores, no solo en el de la salud.

Construir sistemas que "gasten de forma inteligente" requiere establecer mecanismos de gobernanza adecuados al contexto y que funcionen de forma coherente entre sí. Los sistemas bien gobernados son más fáciles de establecer en países con Gobiernos funcionales que promueven y responden al consenso social. En los países que carecen de esta ventaja, los sistemas de salud bien gobernados requieren mecanismos para crear pactos sociales y resistir presiones externas inadecuadas.

La gobernanza es un tema amplio que abarca todos los aspectos de la atención en salud. Sin embargo, si nos enfocamos en promover y mantener un gasto inteligente, destacan algunas cuestiones relacionadas con las responsabilidades, la información, los mandatos, los procesos políticos, los conflictos de intereses y las presiones por intereses personales.

La buena gobernanza implica asignar facultades, funciones y responsabilidades claras a múltiples organismos. Independientemente de la estructura del sistema de salud de un país, se necesitan ciertas funciones. Por ejemplo, los países necesitan aprobar tratamientos, medicamentos y dispositivos. Dentro de los presupuestos públicos de salud, necesitan seleccionar o priorizar servicios. Si desean un plan de beneficios en salud, hay que diseñarlo, negociarlo y actualizarlo de forma periódica. Del mismo modo, si quieren una agencia de evaluación de tecnologías sanitarias eficaz, deben integrarla explícitamente en el proceso de formulación de políticas. También es preciso supervisar y regular los mercados y los precios de la oferta. Los países deben igualmente acreditar o autorizar a los proveedores de salud y determinar su idoneidad. Además, los países necesitan una forma de controlar y garantizar la integridad de las transacciones financieras.

Alguien debe ser responsable de estas funciones. Esta responsabilidad puede asignarse a organismos del poder ejecutivo, comités legislativos, instituciones paraestatales, organizaciones sin ánimo de lucro o sociedades profesionales. Cada institución necesita un mandato claro, así como el personal adecuado, recursos y autonomía suficientes, pero con responsabilidad. También deben contar con vínculos que garanticen la coherencia entre sus decisiones (por



ejemplo, la aprobación de medicamentos por parte de una agencia de medicamentos) y las de otras agencias (como la inclusión de medicamentos en un plan de beneficios por parte de una agencia de seguros de salud).

Los buenos sistemas de información facilitan un gasto más inteligente. La información es clave, ya sea para encontrar el mejor precio del mercado en instrumental quirúrgico, ajustar un plan de beneficios en salud, desinvertir en un tratamiento de escaso valor en salud o detectar un fraude. Un buen sistema de información cuenta con procedimientos sistemáticos de recopilación de datos que facilitan su análisis e interpretación. También precisa de recursos humanos, infraestructura y conexiones con centros de investigación que garanticen la calidad y utilidad de la información. El sistema de información debe estar diseñado para su uso por el sector de la salud. Sin embargo, también tiene sus propios requisitos específicos de gobernanza para abordar cuestiones como la ciberseguridad, la privacidad y la equidad (Carnicero y Serra, 2020).

Las leyes y reglamentos que obligan a utilizar información que priorice el valor en las decisiones de gasto aumentan la posibilidad de conseguir un gasto inteligente. Más aún, las leyes que requieren tener en cuenta la "relación calidad-precio" a la hora de asignar fondos o realizar adquisiciones son quizá la forma más directa de promover un gasto más inteligente. Del mismo modo, los mandatos legales para vincular el valor a las negociaciones de precios (mediante las evaluaciones de tecnologías sanitarias) pueden ayudar a los países a lograr mejores acuerdos. La creación de listas de medicamentos esenciales que incluyan únicamente medicamentos de alto valor y la exclusión legal de otros medicamentos de reembolso con fondos públicos es un poderoso instrumento para mejorar el valor obtenido a través del gasto en salud.

También son valiosas las leyes que obligan a actualizar los planes de beneficios en salud con nueva información sobre costoefectividad, costos de oportunidad y consecuencias distributivas. Además, es más fácil que el público exija responsabilidades al Gobierno si las leyes exigen la divulgación pública de los presupuestos y la difusión de documentos complementarios que expliquen cómo afectará el presupuesto público a las distintas poblaciones y resultados en salud. Una forma de aislar el análisis de interferencias indebidas es crear oficinas independientes de evaluación de tecnologías sanitarias que asesoren a los Gobiernos sobre el valor relativo de las tecnologías nuevas o existentes.

**VER** +

**Cómo la participación mejora la gobernanza**

Tony Culyer  
(en el curso masivo, abierto y en línea de CRITERIA).

**Deliberation**

- Thoughtful and careful way of reaching a conclusion
- Involves the focused evaluation of alternatives
- It is an important part of the explicit priority-setting processes

*in all those countries that have advanced most*



Los vínculos entre los procesos técnicos y políticos son una parte importante de la buena gobernanza. Es muy difícil tomar decisiones de política pública basándose únicamente en criterios técnicos. Los ciudadanos, y los políticos que los representan, esperan legítimamente tener la última palabra sobre lo que van a hacer los Gobiernos. Por lo tanto, para tomar decisiones de gasto con conocimiento de causa es necesario establecer oportunidades periódicas para que la información técnica se incorpore a los debates sociales y las deliberaciones políticas. Los organismos que llevan a cabo análisis técnicos, especialmente las evaluaciones de tecnologías sanitarias, pueden mejorar las decisiones de gasto al colaborar con los políticos, los procesos de políticas públicas, los proveedores de atención en salud y la industria (por ejemplo, farmacéutica, de dispositivos, de insumos médicos), de forma que se fundamenten las decisiones técnicas y políticas. Sin embargo, los procedimientos y normas de este tipo de colaboración deben proteger la integridad del análisis técnico.

### RECUADRO 6 GASTO INTELIGENTE DURANTE UNA EMERGENCIA DE SALUD: LECCIONES DEL COVID-19

A los países les resulta muy difícil asegurar un presupuesto para las emergencias, ya que la demanda diaria de servicios tiende a desbordar los esfuerzos de inversión en preparación para emergencias. Sin embargo, la crisis ocasionada por el COVID-19 demostró lo miopes que pueden ser los países cuando descuidan la inversión en funciones de atención de salud públicas y resiliencia. En consecuencia, el COVID-19 se propagó tan rápido y con un impacto tan devastador que interrumpió el suministro del mercado, cerró grandes segmentos de la economía y causó enormes trastornos sociales.

Los países que quieran gastar de forma más inteligente deben reconocer el gran valor que tiene invertir unas cantidades relativamente pequeñas de fondos cuando eso se hace de forma coherente e inteligente, destinándolas a funciones de salud pública como la vigilancia epidemiológica, el mantenimiento de redes de laboratorios de diagnóstico y el almacenamiento de suministros esenciales.

El gasto inteligente también se aplica durante una emergencia. La pandemia generó nuevas demandas en los sistemas de salud para atender a los afectados por el COVID-19 al mismo tiempo que se intentaba mantener otros servicios de salud, todo ello con presupuestos muy limitados. Establecer prioridades en tales casos es de máxima importancia, si bien a menudo se carece de los datos necesarios para tomar decisiones.

De la crisis de COVID-19 cabe destacar dos lecciones:

- Los sistemas que funcionan bien cuando no hay emergencias, con mecanismos de establecimiento de prioridades, sistemas de recopilación de datos y capacidad analítica, tienen más facilidad para asignar recursos durante una emergencia. Por





ejemplo, Chile contaba con un sistema de control de camas de cuidados intensivos en sus hospitales públicos, pero la participación de los hospitales privados era voluntaria. Gracias a que este sistema de información ya existía, Chile pudo ordenar la participación de los hospitales privados durante la crisis y manejar mejor la capacidad del país para tratar los casos agudos de COVID-19.

- Invertir en la preparación para una emergencia es importante para que, cuando se produzca una crisis, la gente ya sepa qué hacer. Esto se aplica a cualquiera que necesite movilizarse, ya sea para examinar y tratar a los pacientes, recopilar datos, realizar análisis, tomar decisiones sobre la priorización o para asignar recursos. Por ejemplo, Singapur y Corea respondieron a la crisis del síndrome respiratorio agudo grave (SARS, por sus siglas en inglés) asignando fondos a la preparación de emergencias, almacenando suministros esenciales y realizando ejercicios de simulación de emergencias. Esto les permitió responder con rapidez y eficacia incluso antes de que la COVID-19 llegara a sus países.

Le invitamos a conocer estos trabajos de CRITERIA para obtener más información sobre el gasto inteligente durante la pandemia:

- Priorización en tiempos de pandemia. [N.º 1: How to allocate scarce health resources in the midst of a pandemic: Conceptual framework, principles and processes](#) (Gutiérrez 2021a).
- Priorización en tiempos de pandemia. [N.º 2: How to allocate scarce health resources in the midst of a pandemic: therapeutic interventions](#) (Gutiérrez 2021b).
- Priorización en tiempos de pandemia. [N.º 3: How to allocate scarce health resources in the midst of a pandemic: non-therapeutic interventions](#) (Gutiérrez 2021c).

Se necesitan regulaciones que traten los conflictos de intereses y limiten los sesgos en las decisiones técnicas y políticas. A las personas con intereses financieros directos en las decisiones se les puede prohibir legalmente que participen de forma que influyan en esas decisiones. Otras disposiciones para manejar los conflictos de intereses incluyen normas de divulgación, transparencia en los procedimientos de toma de decisiones, códigos de conducta profesional y mecanismos para recompensar y proteger a los denunciantes.

La administración de grupos políticamente activos con intereses creados es uno de los problemas más difíciles que debe abordar la buena gobernanza. Las decisiones de gasto inteligentes tienden a generar "ganadores" y "perdedores" al elegir qué servicios, dispositivos o medicamentos se priorizarán y cuáles no.

Un problema fundamental en muchos países es que los esfuerzos por promover el gasto inteligente encuentran resistencia o son ignorados. Algunas personas (y proveedores) han



emprendido acciones legales para forzar el reembolso público de tratamientos que el Gobierno ha intentado excluir por su escaso valor en relación con el costo (por ejemplo, judicialización). En ocasiones, las presiones de la industria o las asociaciones de pacientes han dado lugar a leyes que restringen o prohíben el uso de información sobre costos y costoefectividad a la hora de evaluar y aprobar nuevas tecnologías en salud. En ocasiones, las presiones de grupos con intereses especiales han conseguido leyes o programas explícitos para financiar tratamientos específicos o para tratar enfermedades concretas sin tener en cuenta los costos de oportunidad. Muchos países incluso han institucionalizado los pagos por tratamientos de escaso valor que de otro modo quedarían excluidos de los planes de beneficios en salud mediante la creación del "Fondo Contra Gastos Catastróficos". Estos fondos tienden a crearse para responder a la sensación de injusticia que tiene la población de negarse a pagar la atención de personas con enfermedades extremadamente costosas. Sin embargo, esta sensación de injusticia ignora el sufrimiento de las personas que no podrán acceder a la atención en salud que necesitan cuando los fondos públicos se desvíen a la atención de bajo valor. Dedicar grandes cantidades de dinero público a relativamente pocas personas puede poner en riesgo la capacidad del sistema de salud para prestar una atención de mayor valor a los demás.

Administrar estos intereses no es fácil, pero se dispone de una serie de estrategias (Campos y Reich, 2019; Reich, 1994; Reich et al., 2016):

- **Movilizar a los grupos para que apoyen el gasto inteligente.** Encontrar organizaciones y socios que estén más interesados en el valor que en el costo o en contener los costos. Puede tratarse de ministerios de Hacienda, grandes empresas o aseguradoras. Se pueden encontrar aliados entre las organizaciones que comprenden tanto la importancia de la atención en salud como las limitaciones de recursos. Así, por ejemplo, los ministerios de Hacienda quieren mantener el gasto dentro del presupuesto, pero también son políticamente sensibles a la hora de mostrar un buen valor del gasto público en salud.

**LEER**

**+**

**Todos son iguales, ¿pero algunos son más iguales que otros en sistemas de salud?**

Giedion (2017).



- **Enfocar los debates públicos en el valor.** Tomar el terreno moral más alto en los debates políticos enfocando la atención en las mejoras de la salud y la equidad que pueden obtenerse mediante un gasto inteligente. Llamar la atención sobre el costo de oportunidad de las decisiones que ignoran el gasto inteligente, mostrando las brechas en la cobertura de salud de atención de alto valor que no se tratarán. Dar a conocer los mayores ingresos y beneficios que obtendrán los proveedores o la industria cuando se restrinja el gasto inteligente.
- **Debilitar a los opositores al gasto inteligente.** Aislar a los opositores explotando intereses contrapuestos. Por ejemplo, la comunidad empresarial suele aliarse con las empresas de salud para resistirse a la regulación gubernamental. Sin embargo, puede ser posible conseguir que apoyen el gasto inteligente, o al menos debilitar su compromiso, mostrando cómo un sistema de salud más eficiente reducirá sus costos y aumentará la productividad de los trabajadores. También se puede debilitar a los que se oponen al gasto inteligente quitándoles algunos de sus recursos y canales de influencia. Por ejemplo, los países pueden limitar o prohibir legalmente los grupos de presión políticos, la publicidad, la defensa pública y las prácticas anticompetitivas. También pueden aumentar la transparencia, por ejemplo, publicando cuántos ingresos reciben los médicos de las empresas farmacéuticas.<sup>12</sup>
- **Neutralizar la oposición.** A veces se puede ofrecer a los opositores concesiones menos costosas que los posibles beneficios de las políticas de gasto inteligentes. En Estados Unidos, las compañías de seguros médicos se han opuesto generalmente a las grandes reformas en salud. Sin embargo, la Administración Obama se ganó su apoyo a la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio en 2010 al aceptar no incluir la creación de una agencia pública de seguros competidora. Con esta concesión, Estados Unidos pudo establecer por primera vez la cobertura universal obligatoria del seguro de enfermedad, junto con algunas limitaciones importantes para las aseguradoras de salud que beneficiaron a los asegurados.

El éxito en la elección y aplicación de tales estrategias depende de un sólido conocimiento local, sensibilidad cultural y buen criterio político.

---

12. El Centro de Servicios de Medicare y Medicaid de Estados Unidos mantiene una base de datos de los pagos efectuados por empresas de medicamentos y dispositivos médicos a médicos, asistentes médicos, enfermeros de práctica avanzada y hospitales universitarios en <https://openpaymentsdata.cms.gov/>.



3



**Palabras finales  
(ser saludable e inteligente)**



Para las personas con un nivel de ingreso adecuado, el gasto inteligente en salud podría incluir comprar un medicamento genérico para el dolor de cabeza en lugar de una versión original, comprar (y comer) más verduras y frutas, y gastar menos dinero en tabaco, alcohol y bebidas azucaradas. También hay otras formas de mejorar la salud de una persona que no cuestan necesariamente dinero, como dormir lo suficiente (para aquellos con los ingresos suficientes como para contar con un trabajo y un techo sobre sus cabezas).

En el caso de los países, es posible contar una historia paralela, si bien en su caso las opciones para promover la buena salud son más numerosas: pueden lograr mejores acuerdos en los insumos y servicios en salud que compran, pueden priorizar el presupuesto de salud utilizando información sobre costoefectividad, equidad y dificultades financieras para gastar en bienes y servicios que aporten el mayor valor en salud, y también pueden desinvertir en actividades que tengan muy poco o ningún valor. Además, pueden tomar medidas que cuesten poco o nada de dinero, como aumentar los impuestos sobre el tabaco, llevar a cabo compras conjuntas con otros países o prohibir los productos químicos tóxicos.

## 3.1 ¿Qué es posible?

El gasto inteligente es una forma de que los países consigan más salud y equidad con los fondos públicos. Junto con la movilización de ingresos y la asignación de fondos al sector de la salud, el gasto inteligente es una forma de avanzar más rápido hacia la Cobertura Universal en Salud. Pero, ¿constituirá el gasto más inteligente una diferencia suficiente? Independientemente de cómo calculemos el impacto del gasto inteligente, las ganancias en salud y equidad justifican el esfuerzo.

En la sección 2 se analizaron muchas formas en que los países pueden obtener más valor en salud con los recursos que gastan. ¿Qué diferencia haría esto para la salud en la región? La compra de genéricos en lugar de medicamentos originales ahorraría al sistema de seguridad social de la República Dominicana un estimado de US\$ 14,4 millones, de lo que podría generar 12.000 AVAC adicionales si los fondos se destinaran a dos intervenciones con costoefectividad: las pruebas de detección del cáncer de cuello de útero y la detección, y el tratamiento de la diabetes. La compra de genéricos en lugar de medicamentos originales podría ahorrar a los hogares chilenos US\$ 316 millones de un total de US\$ 663 millones de que gastan en medicamentos sin patente, o el 3,7% de todos los gastos de bolsillo en salud. En México, agrupar y centralizar las compras de medicamentos permitió ahorros que oscilan entre el 7% y el 38%.



Utilizando esta información y otros estudios, es posible ilustrar las magnitudes de ahorro y los beneficios para la salud que el gasto inteligente puede brindarle a la región (véase el cuadro 2). Por ejemplo, alrededor del 20% de los presupuestos públicos en salud se destinan a medicamentos y aproximadamente un tercio de ellos no están protegidos por patentes. En un escenario en el que los países, en el 80% de los medicamentos sin patente, estuviesen comprando marcas originales y pagando 3,5 veces más en comparación con los genéricos sin marca, solamente al cambiar la mitad de este gasto de medicamentos originales por genéricos sin marca les permitiría ahorrar más de US\$ 3.000 millones. Además, si estos fondos se aplicaran a servicios de salud de alto valor en salud, los países podrían generar aproximadamente 600.000 años de vida saludable, el equivalente a prolongar 10 años la vida de unas 60.000 personas con plena salud.

## CUADRO 2

### AHORRO REGIONAL Y BENEFICIOS PARA LA SALUD DERIVADOS DEL GASTO INICIAL, SIMULACIONES PARA LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBES

ESTRATEGIA DE GASTO INTELIGENTE	VALORES DE BASE (MILLONES DE US\$)	AHORROS Y REASIGNACIONES A ACCIONES DE MAYOR VALOR (MILLONES DE US\$)	AÑOS DE VIDA SALUDABLE GANADOS	NÚMERO DE PERSONAS QUE GANAN 10 O MÁS AÑOS DE VIDA SALUDABLE
<b>CAMBIAR A LOS GENÉRICOS</b>				
GASTO PÚBLICO EN SALUD	40.739	\$3.055	603.125	60.312
GASTO DE BOLSILLO EN SALUD	118.228	\$4.374	-	-
<b>ADQUISICIÓN CONJUNTA</b>	40.739	\$2.444	482.500	48.250
<b>REASIGNAR FONDOS A ACCIONES DE MAYOR VALOR</b>	203.695	\$20.370	16.348.699	1.634.870
<b>MEJORAS DE LA EFICIENCIA DEL SISTEMA</b>	203.695	N/A	47.283.323	4.728.332

Fuente: Cálculos de los autores a partir de datos de la base de datos de gasto en salud mundial de la OMS y bibliografía citada.

Notas:

- Las estrategias de cambio a genéricos y de adquisición conjunta asume que los fondos se reasignan a intervenciones en salud que cuestan US\$ 5.066 por AVAC (véase Pichón et al., 2020). La estrategia de reasignación de fondos supone que los países reasignan fondos de intervenciones que cuestan un promedio de US\$ 5.066 por AVAC a intervenciones con más costoeffectividad que cuestan US\$ 1.000 por AVAC.
- La estrategia para que el sector público utilice más medicamentos genéricos asume que los países sustituyan la mitad de todas las compras de marca original por genéricos sin marca.
- La estrategia para incentivar la compra de genéricos sin marca por parte de los hogares extrapola los parámetros informados para Chile (Atal et al., 2023) al gasto de bolsillo en salud regional.
- La estrategia de adquisición conjunta asume que la región financia actualmente el 5% de sus compras de medicamentos y que ese porcentaje aumentaría hasta el 25%.
- La simulación de mejoras en la eficiencia del sistema estima los AVAD ganados a partir de los hallazgos de (Moreno-Serra et al., 2019).
- Véase el apéndice para obtener más detalles sobre los cálculos.



Con un razonamiento y unos parámetros similares a los de otros estudios, el cambio a los genéricos podría reducir el gasto de bolsillo en salud de los hogares en US\$ 4,37 millones o en 3,7% de todo el gasto de bolsillo en salud. Se trata de fondos que podrían gastar en otras necesidades domésticas importantes. Las compras conjuntas podrían ahorrar a los Gobiernos alrededor de US\$ 2.400 millones al año, algo menos que el 1% de sus presupuestos en salud y casi el 4% del gasto en medicamentos. La asignación de estos fondos a servicios de salud que generan alto valor en salud prolongaría la vida de alrededor de 48.250 personas en 10 años de vida saludable. La reasignación de fondos de atenciones en salud de menor valor en salud a la de mayor valor puede hacer una diferencia aún mayor. Según hipótesis conservadoras, la reasignación del 10% de los presupuestos públicos de salud de la región (aproximadamente US\$ 20.000 millones) de una atención de menor valor a una de mayor valor podría prolongar la vida de 1,6 millones de personas en 10 años de vida saludable.

Por supuesto, se trata solo de ilustraciones, y las estimaciones dependen de diversas suposiciones sobre parámetros clave. Sin embargo, las magnitudes generales parecen razonables y coinciden con las proyecciones realizadas con otros métodos. Un estudio que midió la eficiencia en términos del desempeño del sistema de salud de cada país en relación con los países de mejor desempeño encontró que la mayoría de los países de América Latina y el Caribe eran ineficientes (Moreno-Serra et al., 2019). Se estimó que mejorar la eficiencia de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe podría añadir 47 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) a la población de la región. Esto equivale a prolongar la vida de aproximadamente 4,7 millones de personas en 10 años de vida saludable.

Debido que la eficiencia del sistema incluye todos los aspectos del gasto inteligente, junto con una amplia gama de otras políticas de salud, las posibles ganancias son mayores que cualquier estrategia individual de gasto inteligente. Otros factores que se han relacionado con la mejora de los resultados en salud son la calidad de la gobernanza, en particular los procedimientos para establecer la transparencia y la rendición de cuentas a los ciudadanos. Otro factor importante son las mejoras en los incentivos y la planificación del sector de la salud (como la gestión basada en resultados y los marcos de gasto de mediano plazo) (Moreno-Serra et al., 2019). Una mayor eficiencia parece estar asociada a una mejor regulación del personal médico y a la elección de proveedores por parte de los pacientes, así como a estrategias de gasto inteligente como el uso de estudios de costoefectividad para fundamentar las decisiones de cobertura (Castelli et al., 2020). Por lo tanto, las estrategias de gasto inteligente forman parte de un panorama más amplio para mejorar el nivel de salud que un país puede mantener con su presupuesto público para salud.



## 3.2 Conclusiones

En este informe se han descrito los principales conceptos, herramientas y estrategias para un gasto en salud inteligente y se ha demostrado que:

- El gasto inteligente no solo es compatible con el derecho a la salud, sino que también es clave para cumplirlo.
- El gasto inteligente requiere un acuerdo social sobre los valores y la consideración de los costos de oportunidad.
- La priorización explícita en salud es clave para gestionar la presión de los costos y ampliar los servicios de salud de alto valor.
- El establecimiento de prioridades no es una actividad puntual, sino un proceso con múltiples pasos, aplicado de forma sistemática a lo largo del tiempo y en el que participan muchos actores.
- La priorización explícita en salud se beneficia de la evaluación de tecnologías sanitarias como elemento clave para la toma de decisiones, pero la priorización es mucho más que una evaluación de tecnologías sanitarias. También implica decisiones sobre la autorización de la venta y el uso, la selección de las tecnologías que se someterán a la evaluación, la deliberación y la toma de decisiones sobre la financiación de dichas tecnologías, el seguimiento de los mercados y el rendimiento, y la selección de la desinversión.
- Los países pueden reducir costos comprando los insumos o servicios en salud adecuados y luego reasignar los ahorros a ampliar la cobertura de atenciones en salud de buena calidad y costoefectivas.
- La desinversión puede mejorar la salud y liberar recursos para destinarlos a una atención en salud de alto valor.
- Un gasto inteligente puede ayudar a eliminar el desperdicio clínico, operativo y administrativo.

Afortunadamente, cada vez son más los Gobiernos que reconocen las ventajas de un gasto en salud inteligente. Estos Gobiernos buscan activamente información para tomar decisiones de priorización explícita en salud. Muchos de ellos están creando instituciones de evaluación de tecnologías sanitarias, aunque no las utilicen plenamente para orientar las decisiones políticas. El desafío para la mayoría de los Gobiernos es movilizar esta información para apoyar los cambios políticos necesarios para que el gasto inteligente sea algo más que una actividad de una sola vez, y se incorpore como una práctica habitual de las decisiones de políticas públicas del sistema de salud.





Este informe ha abordado temas clave para obtener más valor en salud de los recursos públicos de los que se disponen. Sin embargo, el documento solo ha podido hacer referencia a una pequeña parte de la bibliografía sobre la forma de mejorar las opciones de gasto público en salud. Junto con otros repositorios de información, el [sitio web del BID](#) y las páginas [web de CRITERIA](#) proporcionan una rica fuente de ideas, experiencias y herramientas para ayudar a los países a gastar de forma más inteligente en salud. Allí se pueden encontrar análisis más detallados de los temas aquí tratados junto con temas relacionados y diversas perspectivas, todo ello orientado a la mejora de las políticas en el campo de la salud.



# Referencias

- Acuña, O., L. Ampuero, H. San Martín, O. Cosavalente, V. Bustos, M. Marín, M. Estrada e I. Astorga. 2018. "Guía de Referencia Para Planes Maestros de Inversiones En Salud Con Enfoque de Red." Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002103>
- Adesina, A., V. J. Wirtz y S. Dratler. 2013. "Reforming Antiretroviral Price Negotiations and Public Procurement: The Mexican Experience." *Health Policy and Planning* 28 (1): 1-10. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZS015>.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). 2008. "Frequently Asked Questions on Economic, Social and Cultural Rights." Ginebra: La Agencia de la ONU para los Refugiados. <https://www.unhcr.org/contact-us/frequently-asked-questions>.
- Andía, T. 2018. "El 'Efecto Portafolio' de La Regulación de Precios de Medicamentos: La Respuesta de La Industria Farmacéutica a La Regulación de Precios de Medicamentos En Colombia." Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001305>.
- Appelt, S. 2009. "Early Entry and Trademark Protection-An Empirical Examination of Barriers to Generic Entry." Múnich: Universidad de Múnich.
- Atal, J. P., U. Giedion, C. Gutiérrez y N. Jorgensen. 2023. "¿Cuál Es El Costo de Oportunidad de Financiar Medicamentos de Marca? El Caso de República Dominicana." Documento inédito. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Atal, J. P., P. Zitko, C. Gutiérrez y U. Giedion. 2023. "How Much Could Chilean Households Save and What Would They Gain by Using Generic Drugs Instead of Their Brand-Name Equivalents." Documento inédito. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Babar, Z. U. D., S. W. Kan y S. Scahill. 2014. "Interventions Promoting the Acceptance and Uptake of Generic Medicines: A Narrative Review of the Literature." *Health Policy* 117 (3): 285-96. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2014.06.004>.



- Bañuelos, F. 2016. "Mexico's Coordinating Commission for Negotiating the Price of Medicines and Other Health Inputs | Publications." 14. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/english/viewer/Breve-14-Mexico-Coordinating-Commission-for-Negotiating-the-Price-of-Medicines-and-Other-Health-Inputs.pdf>.
- Barandiarán, M., M. Esquivel, S. Lacambra, G. Suárez y D. Zuloaga. 2019. "Disaster and Climate Change Risk Assessment Methodology for IDB Projects: A Technical Reference Document for IDB Project Teams." IDB-TN-1771. Nota Técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002041>.
- Barraza Lloréns, M. 2012. "Política Farmacéutica Y Priorización En Salud: El Caso De México." 3. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/breve-3-politica-farmaceutica-y-priorizacion-en-salud-el-caso-de-mexico>.
- Benavides Gutiérrez, H. L. 2019. "Competencia y Regulación de Precios En El Mercado Farmacéutico Colombiano." Universidad de Los Andes. <https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/43967/u830513.pdf>.
- Berwick, D. M. y A. D. Hackbarth. 2012. "Eliminating Waste in US Health Care." JAMA 307 (14): 1513-16. <https://doi.org/10.1001/JAMA.2012.362>.
- Betrán, A. P., J. Ye, A. B. Moller, J. Zhang, A. Metin Gülmezoglu y M. R. Torloni. 2016. "The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014." PLOS ONE 11 (2): e0148343. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0148343>.
- BID (Banco Interamericano de Desarrollo). 2021. "Health Sector Framework Document". Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://www.iadb.org/en/sector/health/sector-framework>.
- Brazier, J., J. Ratcliffe, J. Saloman y A. Tsuchiya. 2016. "Measuring and Valuing Health Benefits for Economic Evaluation." Case Studies in Clinical Psychological Science: Bridging the Gap from Science to Practice, no. agosto (octubre): 1-7. <https://doi.org/10.1093/MED/9780198725923.001.0001>.
- Brouwer, W., P. van Baal, J. van Exel y M. Versteegh. 2019. "When Is It Too Expensive? Cost-Effectiveness Thresholds and Health Care Decision-Making." Revista Europea de Economía de la Salud 20 (2): 175-80.
- Campos, P. A. y M. R. Reich. 2019. "Political Analysis for Health Policy Implementation".



- Carnicero, J. y P. Serra. 2020. "Governance for Digital Health: The Art of Health Systems Transformation." Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0002661>.
- Castelli, A., R. Moreno-Serra y M. Anaya-Montes. 2020. "The Institutional Determinants of Health System Efficiency in Latin America and the Caribbean." Informe final.
- Chambers, J. D., M. N. Salem, B. N. D'Cruz, P. Subedi, S. J. Kamal-Bahl y P. J. Neumann. 2017. "A Review of Empirical Analyses of Disinvestment Initiatives." *Value in Health* 20 (7): 909-18. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2017.03.015>.
- Cutler, D. M. y M. McClellan. 2001. "Is Technological Change in Medicine Worth It?" *Health Affairs* 20 (5). <https://doi.org/10.1377/hlthaff.20.5.11>.
- Da Fonseca, E. M. y K. C. Shadlen. 2017. "Promoting and Regulating Generic Medicines: Brazil in Comparative Perspective." *Revista Panamericana de Salud Pública* 41: 1. <https://bv.fapesp.br/en/publicacao/132325/promoting-and-regulating-generic-medicines-brazil-in-compar>.
- Dieleman, J. L., N. Sadat, A. Y. Chang, N. Fullman, C. Abbafati, P. Acharya, A. Kouablan Adou, et al. 2018. "Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016-40." *The Lancet* 391 (10132): 1783-98. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30697-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30697-4).
- Drummond, M. F., M. J. Sculpher, G. W. Torrance, B. J. O'Brien y G. L. Stoddart. 2005. "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programme". Tercera edición. Oxford University Press. <https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/methods-for-the-economic-evaluation-of-health-care-programme-thir>.
- Drummond, M. F., J. Sanford Schwartz, B. Jönsson, B. R. Luce, P. J. Neumann, U. Siebert y S. D. Sullivan. 2008. "Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions." *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 24 (3): 244-58. <https://doi.org/10.1017/S0266462308080343>.
- Dubois, P., Y. Lefouili y S. Straub. 2019. "Pooled Procurement of Drugs in Low y Middle Income Countries." Washington, DC: Centro para el Desarrollo Global.
- Elshaug, A. G., J. E. Hiller, S. R. Tunis y J. R. Moss. 2007. "Challenges in Australian Policy Processes for Disinvestment from Existing, Ineffective Health Care Practices." Biblioteca Nacional de Medicina. <https://doi.org/10.1186/1743-8462-4-23>.



- Esandi, M. E. 2022. "Desinversión En Salud: Un Acercamiento Basado En La Evidencia." 27. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://criteria.iadb.org/es/Desinversion-en-salud-Un-acercamiento-basado-en-la-evidencia>.
- Escobar, M. L., L. Cubillos y R. Lunes. 2015. "Looking for Evidence of the Impact of Introducing a Human Rights-Based Approach in Health: The SaluDerecho Experience - HHR (Archivado)." *Health and Human Rights* 17 (2). <https://www.hhrjournal.org/2015/11/looking-for-evidence-of-the-impact-of-introducing-a-human-rights-based-approach-in-health-the-saluderecho-experience/>.
- Fan, V. Y. y W. D. Savedoff. 2014. "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence." *Social Science & Medicine* 105 (Marzo): 112-21. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.014>.
- Feng, X., D. D. Kim, J. T. Cohen, P. J. Neumann y D. A. Ollendorf. 2020. "Using QALYs versus DALYs to Measure Cost-Effectiveness: How Much Does It Matter?" *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 36 (2): 96-103. <https://doi.org/10.1017/S0266462320000124>.
- Fischel, E., W. Dalaison, E. González-Mahecha, I. Astorga, M. Carvalho Hallack y V. Snyder. 2020. "Edificios Verdes Para El Sector Salud: Identificación de Medidas Costo-Efectivas Para Un Diseño Sostenible." Nota Técnica N° IDB-TN-02001. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0002686>
- Gaviria Uribe, A.. 2016. "Fortalecer La Capacidad de Discernimiento de Los Gobiernos: Una Necesidad Para Enfrentar La Presión Tecnológica En Salud." 13. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. .
- Giedion, Ú., R. Bitran e I. Tristao. 2014. "Health Benefit Plans in Latin America." Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/es/publicacion/17144/breve-13-fortalecer-la-capacidad-de-discernimiento-de-los-gobiernos-una-necesidad>
- Giedion, Ú. y L. Bettati. 2023. "5 Países Se Agrupan Para Negociar Los Precios de Medicamentos de Alto Costo. ¿Qué Podemos Aprender?" *Gente Saludable*. 27 de febrero de 2023. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://publications.iadb.org/publications/english/document/Health-Benefit-Plans-in-Latin-America-A-Regional-Comparison.pdf>.



- Giedion, Ú., M. Distrutti, A. L. Muñoz, D. M. Pinto y A. M. Díaz. 2018. "La Priorización En Salud Paso a Paso: Cómo Articulan Sus Procesos México, Brasil y Colombia." Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0001092>.
- Glassman, A., K. Chalkidou, U. Giedion, Y. Teerawattananon, S. Tunis, J. B. Bump y A. Pichon-Riviere. 2012. "Priority-Setting Institutions in Health: Recommendations from a Center for Global Development Working Group." *Global Heart* 7 (1): 13. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2012.01.007>.
- Glassman, A., U. Giedion y P. C. Smith. 2017. "What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage". Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Glassman, A. y J. I. Zoloa. 2015. "How Much Will Health Coverage Cost? Future Health Spending Scenarios in Brazil, Chile, and Mexico." SSRN Electronic Journal, Julio. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2622754>.
- Góngora, P. y Ú. Giedion. 2021. "Designing and Costing a Health Benefits Package in a Lower Middle-Income Country: The Case of Honduras." 26. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004317>.
- Góngora, P., S. Rocks, P. Fahr, O. Rivero-Arias y A. Tsiachristas. 2023. "The Use of Multicriteria Decision Analysis to Support Decision Making in Healthcare: An Updated Systematic Literature Review." *Value in Health: The Journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* 26 (5). <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2022.11.007>.
- Greiner, W. 2016. "Value Based Drug Reimbursement: Introduction to the Main Features of the German Pharmaceutical Policy." 11. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://criteria.iadb.org/en/Breve-11--Value-Based-Drug-Reimbursement-Introduction-to-the-Main-Features-of-the-German-Pharmaceutical-Policy>.
- Gutiérrez, C. 2021a. "Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 1: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Marco Conceptual, Principios y Procesos". Nota técnica del BID N° IDB-TN-2167. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003272>.
- . 2021b. "Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 2: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Intervenciones Terapéuticas". Nota técnica del BID N° IDB-TN-2195. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0003384>.



- . 2021c. “Priorización En Tiempos de Pandemia. No. 3: Cómo Asignar Recursos Escasos En Salud En Medio de Una Pandemia: Intervenciones No Terapéuticas”. Nota técnica del BID N° IDB-TN-2421. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0003961>.
- . 2023. “Impacto Potencial de Políticas Para Mejorar La Eficiencia En La Asignación Del Gasto En Salud En América Latina y El Caribe (ALC). Estudios de Caso de Chile, Colombia y República Dominicana”. Nota técnica del BID. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Gutiérrez, C., S. Palacio y U. Giedion. 2023. “¿Cuál Es El Costo de Oportunidad de Financiar Medicamentos de Alto Costo? El Caso de Colombia”. Nota técnica del BID. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Hurley, R. 2014. “Can Doctors Reduce Harmful Medical Overuse Worldwide?” *BMJ* 349 (Julio). <https://doi.org/10.1136/BMJ.G4289>.
- Jones, G. H., M. A. Carrier, R. T. Silver y H. Kantarjian. 2016. “Strategies That Delay or Prevent the Timely Availability of Affordable Generic Drugs in the United States.” *Blood* 127 (11): 1398-1402. <https://doi.org/10.1182/BLOOD-2015-11-680058>.
- Jorgensen, N., C. Gutiérrez, L. Bettati, U. Giedion y D. Ollendorf. 2023. “What Is the Opportunity Cost of Financing High-Cost Drugs? The Case of Dominican Republic.” De próxima publicación. Nota técnica. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Kanavos, P. 2014. “Measuring Performance in Off-Patent Drug Markets: A Methodological Framework and Empirical Evidence from Twelve EU Member States.” *Health Policy* 118 (2): 229-41. <https://doi.org/10.1016/J.HEALTHPOL.2014.08.005>.
- . 2016. “Políticas De Adquisición De Medicamentos: La Experiencia Internacional”. 18. RED CRITERIA Breve. Webinar Series. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo <https://criteria.iadb.org/en/BREVE-18%E2%80%93PROCUREMENT-POLICIES-FOR-PHARMACEUTICALS-THE-INTERNATIONAL-EXPERIENCE>.
- Kannarkat, J. T., C. B. Good y N. Parekh. 2020. “Value-Based Pharmaceutical Contracts: Value for Whom?” *Value in Health* 23 (2): 154-56. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2019.10.009>.
- La Maisonneuve, C. D. y J. Oliveira Martins. 2014. “The Future of Health and Long-Term Care Spending.” *Revista de la OCDE: Economic Studies* 1.



- Lal, A., C. Lim, G. Almeida y J. Fitzgerald. 2022. "Minimizing COVID-19 Disruption: Ensuring the Supply of Essential Health Products for Health Emergencies and Routine Health Services." *The Lancet Regional Health - Americas* 6 (Febrero): 100129. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100129>.
- Lessa, F. y M. Bosi Ferraz. 2017. "Health Technology Assessment: The Process in Brazil." *Revista Panamericana de Salud Pública* 41.
- Lorenzoni, L., D. Pinto, F. Guanais, T. Plaza Reneses, F. Daniel y A. Auraaen. 2019. "Health Systems Characteristics: A Survey of 21 Latin American and Caribbean Countries." 111. París. [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-characteristics\\_0e8da4bd-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-systems-characteristics_0e8da4bd-en).
- McCabe, C., K. Claxton y A. J. Culyer. 2008. "The NICE Cost-Effectiveness Threshold: What It Is and What That Means." *Pharmacoeconomics* 26 (9): 733-44. <https://doi.org/10.2165/00019053-200826090-00004>.
- Mccullagh, L., L. Tilson, R. Adams y M. Barry. 2014. "HTA Informed Price Negotiations: Cost Savings To The Health Payer in Ireland." *Value in Health* 17 (A420). <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1030>.
- Moreno-Serra, R., M. Anaya-Montes y P. C. Smith. 2019. "Potential Determinants of Health System Efficiency: Evidence from Latin America and the Caribbean." *PLOS ONE* 14 (5): e0216620. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0216620>.
- Nemzoff, C., K. Chalkidou y M. Over. 2019. "Aggregating Demand for Pharmaceuticals Is Appealing, but Pooling Is Not a Panacea." Nota del CGD. Washington, DC: Centro para el Desarrollo Global <https://www.cgdev.org/publication/aggregating-demand-pharmaceuticals-appealing-pooling-not-panacea>.
- Nguyen, N. X., S. H. Sheingold, W. Tarazi y A. Bosworth. 2022. "Effect of Competition on Generic Drug Prices." *Applied Health Economics and Health Policy* 20 (2): 243-53.
- Norheim, O. F. 2015. "Ethical Perspective: Five Unacceptable Trade-Offs on the Path to Universal Health Coverage." *Int J Health Policy Manag* 4 (11): 711-14. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.184>.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2016. "Government at a Glance: Latin America and the Caribbean 2017. Government at a Glance: Latin America and the Caribbean 2017". París: Publicaciones de la OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264265554-EN>.





- . 2017. *Tackling Wasteful Spending on Health*. París: Publicaciones de la OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 2010. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: Organización Mundial de la Salud. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789241564021_eng.pdf?sequence=1).
- . 2014. *Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage. Final Report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112671>.
- . 2016. *Challenges and Opportunities in Improving Access to Medicines through Efficient Public Procurement in the WHO European Region*. Copenhagen Ø, Dinamarca: Organización Mundial de la Salud. [https://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-medicines-efficient-public-procurement.pdf?ua=1](https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/323598/Challenges-opportunities-improving-access-medicines-efficient-public-procurement.pdf?ua=1).
- Pichón-Riviere, A., M. Drumond, S. García Martí y F. Augustovski. 2021. *Application of Economic Evidence in Health Technology Assessment and Decision-Making for the Allocation of Health Resources in Latin America: Seven Key Topics and a Preliminary Proposal for Implementation*. Nota técnica N° IDB-TN-2286. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0003649>.
- Prieto-Pinto, L., N. Garzón-Orjuela, P. Lasalvia, C. Castañeda-Cardona y D. Rosselli. 2020. *International Experience in Therapeutic Value and Value-Based Pricing: A Rapid Review of the Literature*. *Value in Health Regional Issues* 23 (Diciembre): 37-48. <https://doi.org/10.1016/J.VHRI.2019.11.008>.
- Puig-Junoy, Jaume. 2010. *Impact of European Pharmaceutical Price Regulation on Generic Price Competition: A Review*. *PharmacoEconomics* 28 (8): 649-63. <https://doi.org/10.2165/11535360-000000000-00000>.
- Rao, Krishna D., A. I. Vecino Ortiz, T. Robertson, A. Lopez Hernandez y C. Noonan. 2022. *Future Health Spending in Latin America and the Caribbean: Health Expenditure Projections & Scenario Analysis*. Nota técnica N° IDB-TN2457. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <https://doi.org/10.18235/0004185>.
- Reich, Michael. 1994. *Political Mapping of Health Policy: A Guide for Managing the Political Dimensions of Health Policy*. Boston: Harvard School of Public Health.



- Reich, Michael R., J. Harris, N. Ikegami, A. Maeda, C. Cashin, E. C. Araujo, K. Takemi y T. G. Evans. 2016. "Moving towards Universal Health Coverage: Lessons from 11 Country Studies." *The Lancet* 387 (10020): 811-16. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60002-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60002-2).
- Rémuzat, Cécile, D. Urbinati, O. Mzoughi, E. El Hammi, W. Belgaied y M. Toumi. 2015. "Overview of External Reference Pricing Systems in Europe." *Journal of Market Access & Health Policy* 3 (1). <https://doi.org/10.3402/JMAHPV3.27675>.
- Rose, Ed, K. Chalkidou y J. Madan Keller. 2018. "Healthcare Systems as Intelligent Payers: What Can the Global Health Community Learn from the English National Health Service? Four Takeaways." Washington DC: Centro para el Desarrollo Global. <https://www.cgdev.org/publication/healthcare-systems-intelligent-payers-what-can-global-health-community-learn-nhs>.
- Rosen, Daniel y D. Tordrup. 2018. "Background Research and Landscaping Analysis on Global Health Commodity Procurement." Washington DC: Centro para el Desarrollo Global. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/CGD-procurement-background-afrx-research-landscape.pdf>.
- Safatle, Leandro. 2019. "Access, Development, and Economic Regulation of the Pharmaceutical Market in Brazil." 25. RED CRITERIA Breve. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0004210>.
- Sassi, Franco. 2006. "Calculating QALYs, Comparing QALY and DALY Calculations." *Health Policy and Planning* 21 (5): 402-8. <https://doi.org/10.1093/HEAPOL/CZL018>.
- Savedoff, William D. 2007. "What Should a Country Spend on Health Care?" *Health Affairs* 6 (4): 962-70.
- Savedoff, William y K. Hussmann. 2006. "Why Are Health Systems Prone to Corruption." *Global Corruption Report* 2006: 4-16.
- Savedoff, William y A. L. Smith. 2011. "Achieving Universal Health Coverage: Learning from Chile, Japan, Malaysia and Sweden." Washington, DC: Resultados para Instituto de Desarrollo.
- SERCOP. 2015. "America Latina y El Caribe Integran Sus Sistemas de Compras Públicas: Reunión Regional, Complicación de Ponencias." Quito, Ecuador.
- SERNAC (Servicio Nacional del Consumidor). 2018. "Estudio de Precios de Medicamentos Bioequivalentes En Las Grandes Cadenas de Farmacias." Santiago, Chile. <https://www.sernac.cl/portal/619/w3-article-55009.html>.



- Silverman, Rachel, J. Madan Keller, A. Glassman y K. Chalkidou. 2019. *“Tackling the Triple Transition in Global Health Procurement.”* Washington, DC: Centro para el Desarrollo Global. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/better-health-procurement-tackling-triple-transition.pdf>.
- Sparkes, Susan P., P. Hoang-Vu Eozenou, D. Evans, C. Kurowski, J. Kutzin y A. Tandon. 2021. *“Will the Quest for UHC Be Derailed?”* *Health Systems and Reform* 7 (2). <https://doi.org/10.1080/23288604.2021.1929796>.
- Suárez Alemán, Ancor, C. Lembo, J. Yitani Ríos, I. Astorga, Gastón Astesiano y J. Franco Corzo. 2019. “Casos de Estudio En Asociaciones Público-Privadas En América Latina y El Caribe Hospital de Antofagasta (Chile)”. Documento de debate N° IDB-DP-00677. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo. <http://dx.doi.org/10.18235/0001692>.
- Teerawattananon, Yot, N. Tritasavit, N. Suchonwanich y P. Kingkaew. 2014. *“The Use of Economic Evaluation for Guiding the Pharmaceutical Reimbursement List in Thailand.”* *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen* 108 (7): 397-404. <https://doi.org/10.1016/J.ZEFQ.2014.06.017>.
- Toverud, Else Lydia, K. Hartmann y H. Håkonsen. 2015. “A Systematic Review of Physicians’ and Pharmacists’ Perspectives on Generic Drug Use: What Are the Global Challenges?” *Applied Health Economics and Health Policy* 13 (Suppl 1): 35. <https://doi.org/10.1007/S40258-014-0145-2>.
- Transparencia Internacional. 2006. *Global Corruption Report 2006: Special Focus: Corruption and Health. Global Corruption Report 2006*. London: Pluto Press. <https://doi.org/10.2307/J.CTT184QQ53>.
- Vogler, Sabine, P. Schneider, M. Zuba, R. Busse y D. Panteli. 2021. *“Policies to Encourage the Use of Biosimilars in European Countries and Their Potential Impact on Pharmaceutical Expenditure.”* *Frontiers in Pharmacology* 12 (Junio): 625296.
- Yadav, P. 2009. *“Economics of Pharmaceutical Distribution and Logistics Fees: An International Comparison for the South African Context.”*
- Zhang, Mengmeng, Y. Bao, Y. Lang, S. Fu, M. Kimber, M. Levine y F. Xie. 2022. *“What Is Value in Health and Healthcare? A Systematic Literature Review of Value Assessment Frameworks.”* *Value in Health* 25 (2): 302-17. <https://doi.org/10.1016/J.JVAL.2021.07.005>.



# Apéndice

## Cálculos para el cuadro 2

- La información utilizada en estas simulaciones incluía datos sobre gasto en salud y población de la base de datos de gasto en salud mundial de la OMS y relaciones de costoefectividad de la bibliografía citada en el informe.
- Pichón et al. (2020) descubrieron que los umbrales de costoefectividad en América Latina oscilaban entre el 50% y el 100% del PIB per cápita. Utilizando su punto medio (75%) y multiplicándolo por el ingreso per cápita promedio regional en América Latina y el Caribe en 2019 (US\$ 6.754) se obtiene un umbral de costoefectividad de US\$ 5.066 por AVAC.
- Las estrategias para el cambio a genéricos y la adquisición conjunta suponen que los fondos se reasignan a intervenciones en salud que cuestan el umbral promedio regional de US\$ 5.066 por AVAC.
- La estrategia de reasignación de fondos asume que los países reducen el gasto en intervenciones que cuestan el umbral promedio regional de US\$ 5.066 por AVAC y aumentan el gasto en intervenciones más costoefectivas a US\$ 1.000 por AVAC. El valor de US\$ 1.000 por AVAC se eligió para las intervenciones más costoefectivas porque es aproximadamente el punto medio entre las intervenciones para el cáncer de cuello uterino y la diabetes tipo 2 a las que se hace referencia en Jorgensen et al. (2023); y se encuentra en el medio de los umbrales de costoefectividad estimados por la literatura para Honduras (US\$ 658 y US\$ 1.860 por AVAD), y utilizados para diseñar un paquete de beneficios de salud para este país (Góngora y Giedion, 2021).
- La estrategia para que el sector público utilice más medicamentos genéricos asume que los países sustituyan la mitad de todas las compras de marca original por genéricos sin marca.
- La estrategia para incentivar la compra de genéricos sin marca por parte de los hogares extrapola los parámetros reportados para Chile (Atal et al., 2023) al gasto de bolsillo en salud regional.
- La estrategia de adquisiciones conjuntas asume que la región actualmente adquiere de forma conjunta el 5% de sus compras de medicamentos y que ese porcentaje aumentaría hasta el 25%.
- La simulación de mejoras en la eficiencia del sistema estima los AVAD ganados a partir de los hallazgos de (Moreno-Serra et al., 2019).
- El siguiente cuadro ofrece más información sobre los cálculos.



## CLAVE DE COLOR

HIPÓTESIS O DATOS
CÁLCULO
RESULTADOS

## DATOS BÁSICOS 2019 DE LA BASE DE DATOS MUNDIAL DE GASTO EN SALUD (GHED) DE LA OMS E INDICADORES DE DESARROLLO DEL BANCO MUNDIAL

POBLACIÓN REGIONAL	629.891.939
GASTO REGIONAL EN SALUD PÚBLICA (MILLONES DE US\$)	\$203.695
GASTO REGIONAL DE BOLSILLO EN SALUD (MILLONES DE US\$)	\$118.228

## PARÁMETROS DE COSTOEFFECTIVIDAD: US\$ POR AVAC (2019)

EL PROMEDIO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA ES DE 3.109 POR AVAC SEGÚN RIASCOS 2020	3.109
REPÚBLICA DOMINICANA MEJOR GASTO, JORGENSEN ET AL 2023 (US\$/AVAC)	1.187
EL PROMEDIO DE LA REPÚBLICA DOMINICANA PARA 2019 EN AVAC ES	2.372
PICHON, DRUMMOND ET AL 75% * PIB DE ALC PER CÁPITA	5.066
PBS DE HONDURAS	878

PARÁMETRO UTILIZADO PARA LAS SIMULACIONES:	5.066
--	-------

### ESTRATEGIA

## EL SECTOR PÚBLICO COMPRA GENÉRICOS SIN MARCA EN LUGAR DE MARCAS ORIGINALES

GASTO EN MEDICAMENTOS COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD	20%
GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MEDICAMENTOS (MILLONES DE US\$)	\$40.739
MEDICAMENTOS SIN PATENTE COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO TOTAL EN MEDICAMENTOS	35%
GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MEDICAMENTOS SIN PATENTE (MILLONES DE US\$)	\$14.259
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS SIN PATENTE COMPRADOS COMO ORIGINALES	80%
RELACIÓN DE PRECIOS: ORIGINAL A GENÉRICO SIN MARCA	3,5
ÍNDICE DE AHORRO BASADO EN EL DIFERENCIAL DE PRECIOS	71%
SIMULACIÓN - PORCENTAJE DE ORIGINALES SUSTITUIDOS POR GENÉRICOS	50%
SIMULACIÓN - AHORRO PRESUPUESTARIO EN MEDICAMENTOS EN ALC (MILLONES DE US\$)	\$3.055
SIMULACIÓN - AHORRO EN ALC COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN MEDICAMENTOS	7,5%

SIMULACIÓN - US\$ REASIGNADOS POR AVAC	5.066
--	-------



SIMULACIÓN - AVAC	603.125
SIMULACIÓN - N° DE PERSONAS CON 10 AÑOS DE VIDA SALUDABLE MÁS	60.312

## ESTRATEGIA

### LOS HOGARES COMPRAN GENÉRICOS SIN MARCA EN LUGAR DE MARCAS ORIGINALES

PORCENTAJE DE AHORRO EN GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN LOS HOGARES DEBIDO A LA COMPRA DE GENÉRICOS	3,7%
SIMULACIÓN - AHORRO EN GASTO DE BOLSILLO EN SALUD EN ALC (MILLONES DE US\$)	\$4.374
SIMULACIÓN - AHORRO EN GASTO DE BOLSILLO EN SALUD PER CÁPITA (US\$)	\$6,94

SIMULACIÓN - DÓLARES REASIGNADOS POR AVAC	5.066
SIMULACIÓN - AVAC	863.487
SIMULACIÓN - N° DE PERSONAS CON 10 AÑOS MÁS DE VIDA SALUDABLE	86.349

## ESTRATEGIA

### LOS PAÍSES AUMENTAN EL PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS MEDIANTE LA ADQUISICIÓN CONJUNTA

PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO DESTINADO A MEDICAMENTOS	20%
GASTO PÚBLICO EN SALUD EN MEDICAMENTOS (MILLONES DE US\$)	\$40.739
PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS MEDIANTE ADQUISICIÓN CONJUNTA	5%
AHORRO DE ADQUISICIÓN CONJUNTA (% DEL PRECIO)	30%
SIMULACIÓN - PORCENTAJE DE MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS MEDIANTE ADQUISICIÓN CONJUNTA	25%
SIMULACIÓN - AHORRO COMO PORCENTAJE DEL PRESUPUESTO PARA MEDICAMENTOS	6,0%
SIMULACIÓN - AHORRO TOTAL DE GASTO PÚBLICO EN SALUD EN ALC (MILLONES DE US\$)	\$2.444
SIMULACIÓN - AHORRO TOTAL DE GASTO PÚBLICO EN SALUD EN ALC PER CÁPITA (US\$)	\$3,88

SIMULACIÓN - US\$ REASIGNADOS POR AVAC	\$5.066
SIMULACIÓN - AVAC	482.500
SIMULACIÓN - N° DE PERSONAS CON 10 AÑOS MÁS DE VIDA SALUDABLE	48.250



## ESTRATEGIA

### LOS PAÍSES REASIGNAN FONDOS A INTERVENCIONES MÁS COSTOEFECTIVAS

GASTO PÚBLICO EN SALUD REGIONAL (MILLONES DE US\$)	\$203.695
PORCENTAJE A REASIGNAR	10,0%
FONDOS REASIGNADOS (MILLONES DE US\$)	\$20.370

SIMULACIÓN - DÓLARES ACTUALES POR AVAC	5.066
SIMULACIÓN - DÓLARES DE PLANES DE BENEFICIOS EN SALUD POR AVAC	1.000
AVAC ACTUALES PRODUCIDOS POR FONDOS QUE SE REASIGNARÁN	4.020.831
SIMULACIÓN - AVAC PRODUCIDOS POR FONDOS REASIGNADOS	20.369.529
SIMULACIÓN - AVAC GANADOS	16.348.699
SIMULACIÓN - N° DE PERSONAS CON 10 AÑOS DE VIDA SALUDABLE MÁS	1.634.870

## ESTRATEGIA

### LOS PAÍSES EMPRENDEN REFORMAS DE EFICIENCIA

AVAD PERDIDOS POR 100.000 HABITANTES	7.507
AVAD TOTALES POR AUMENTO DE LA EFICIENCIA	47.283.323

SIMULACIÓN - AVAD GANADOS	47.283.323
SIMULACIÓN - N DE PERSONAS CON 10 AÑOS DE VIDA SALUDABLE MÁS	4.728.332

