

¿Cuánto y cómo invertir en salud?



Por Federico Tobar*

Lecciones aprendidas desde la Economía de la Salud para diseñar el financiamiento de sistemas y políticas de salud

La preocupación por la suficiencia asignativa presupuestaria y la eficiencia en el uso de los recursos en salud adquiere relevancia cuando el acceso a los cuidados médicos comienza a masificarse y, con ello, se hace evidente que los recursos disponibles son siempre inferiores a las necesidades. Es entonces cuando surge la Economía de la Salud como área de un incipiente conocimiento que convierte a estas preguntas en su problema central.

En este artículo intentaré presentar algunas evidencias que no brindan una respuesta concreta a las preguntas del título, pero espero, ayuden a entender la indagación central de la Economía de la Salud. Partimos de una tesis central: el método adecuado para avanzar en estas indagaciones es el benchmarking. Se trata de un proceso de comparación sistemática (en nuestro caso de sistemas y políticas de salud) que busca identificar buenas prácticas y áreas de mejora.

Podemos distinguir, al menos, dos niveles de producción de salud. El primero es macro, en el cual el desafío sería definir cómo financiar a los

sistemas de salud. El segundo es micro, en el que el desafío es definir cómo financiar servicios y cuidados de salud. La economía de la salud ha verificado que la mayor parte de los recursos se definen en esa segunda dimensión que involucra decisiones de micro gestión sanitaria (gestión clínica) y de meso gestión (gestión de servicios). Dicho de otra manera, un(a) ministro(a) de Salud tiene menor poder para controlar el gasto y garantizar su eficiencia que los jefes de Servicios Médicos.

Sin embargo, dedicaré este breve espacio a examinar el nivel macro de la inversión en salud. Para ello, consideraré dos indicadores principales: el gasto como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) y el gasto per capita (o sea por habitante).

Capítulo 1. Cuando hay recursos

Comencemos pensando en contextos de baja restricción, es decir, planteamos los problemas de la suficiencia y eficiencia asignativa en países ricos con alta disponibilidad de recursos para invertir en salud. Con fines explicativos, se tomarán dos ca-

* Asesor en Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.



Los países tienen niveles de desarrollo y recursos muy diferentes, pero ambos se destacan entre los países más ricos del mundo y entre los que más invierten en salud. El primero es Estados Unidos, que destina el 18% de su PBI a la salud, pero de ellos solo un tercio (el 6% del PBI) es inversión pública. En el otro extremo, Noruega es el país que destina la mayor proporción de inversión pública (10% del PBI). La diferencia en términos del rendimiento de esa inversión es notable, en promedio los noruegos viven seis años más que los norteamericanos.

Si tomamos la segunda variable, el gasto en salud per capita, también la diferencia es grande, pero en ambos casos se trata de los niveles más altos de inversión. Mientras los Estados Unidos destinaron en

2022 en promedio unos 12.500 dólares por habitante para cubrir sus gastos de salud, en Noruega el gasto fue equivalente a U\$s 7.000. Cabe destacar que la mayoría de los países del mundo registran ingresos anuales por habitante inferiores a lo que estos dos países destinan solamente a cubrir sus gastos sanitarios. Es decir, los ejemplos extremos sirven para comparar rendimientos pero difícilmente puedan ser emulados por los países en desarrollo. La conclusión, al menos hasta aquí, es que no solo es importante definir cuánto invertir sino también de dónde deben provenir los recursos.

Todo sistema de salud desempeña dos funciones sociales primordiales. La primera es conseguir me-

jores resultados sanitarios para la población cubierta. Es decir, que la gente viva más y este más sana. La segunda función consiste en reducir los gastos de los hogares (o gastos de bolsillo), que es la fuente más regresiva e ineficiente para producir salud. Por lo tanto, optimizar las asignaciones implica reducir (o al menos evitar que se incrementen) la carga de enfermedad y el gasto de los hogares.

La buena noticia es que se registran sinergias entre los avances en ambos sentidos. Como lo ilustra el ejemplo de la comparación entre Estados Unidos y Noruega, podemos esperar que a mayor proporción de gasto público (o mejor aún, que a menor proporción de gasto de bolsillo) habrá mejores resultados sanitarios. Hay cierta covariación empírica porque para mejorar el rendimiento de las inversiones sanitarias hace falta minimizar gastos de bajo rendimiento, minimizar gastos inocuos y eliminar la financiación de acciones iatrogénicas. Los países que logran reducir los gastos de bolsillos suelen conquistar mejores resultados sanitarios. En el otro extremo, si los gastos de bolsillo se incrementan es posible que los resultados de salud empeoren. Puede argumentarse que esto último es lo que ha sucedido en los Estados Unidos en los últimos años donde la inflación médica fue acompañada de una reducción de la esperanza de vida al nacer.

Tal vez el hallazgo más relevante en términos de cuáles son los niveles de asignación adecuados en salud es que optimizar la función de producción en salud involucra desmercantilizar la salud. Esto significa lograr que la salud deje de ser un bien de consumo para convertirse en un bien social. Pero ello no se logra a través de declamaciones políticas sino de regulaciones que orienten los flujos de financiación hacia las inversiones con mayores rendimientos. Por ejemplo, en los países de América Latina y el

Caribe, el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud es el doble que el registrado en el área Euro, pero la esperanza de vida es de alrededor de una década menor. Hay dos diferencias fundamentales. En primer lugar, en prácticamente toda Europa la incorporación de tecnologías médicas es regulada y sus precios también. En segundo lugar, el Estado asume un rol relevante en la provisión de servicios (y también de medicamentos) y cuando hay descentralización se realiza con altos niveles de coordinación entre las diferentes esferas. Estas dos condiciones han sido muy poco frecuentes en América Latina durante los últimos 50 años.

“Todo sistema de salud desempeña dos funciones sociales primordiales. La primera es conseguir mejores resultados sanitarios para la población cubierta. Es decir, que la gente viva más y esté más sana. La segunda función consiste en reducir los gastos de los hogares (o gastos de bolsillo), que es la fuente más regresiva e ineficiente para producir salud. Por lo tanto, optimizar las asignaciones implica reducir la carga de enfermedad y el gasto de los hogares”

Capítulo 2. Cuando hay fuertes restricciones presupuestarias

Uno de los aportes más relevantes para responder a la pregunta concreta del título de este artículo lo provee el “Informe de la Salud mundial 2010 Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal” de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS analizó los países de ingresos medios y bajos buscando determinar cuáles son los niveles mínimos de asignación que permiten avanzar en forma sostenible hacia la cobertura universal. La premisa es que lograr la cobertura universal de salud es conveniente no solo para concretar un Derecho Humano sino también para acelerar el desarrollo de los países. El informe propone que los países destinen al menos un 6% de su Producto Bruto Interno (PBI) a la atención de la salud.

Pero la misma OMS advierte que las inversiones sanitarias no registran el mismo rendimiento si se financian predominantemente con recursos públicos o con recursos privados. Por estos motivos, las Naciones Unidas promueven que los países que menos invierten en salud destinen un porcentaje creciente de su presupuesto público a salud. En la

declaración de Abuja, firmada en 2001, los países de África se comprometieron a invertir al menos el 15% de sus presupuestos nacionales en salud. Sin embargo, muchos países de esa región no han conseguido alcanzar ese umbral.

Luego del fin del superciclo de los commodities, la mayoría de los países en desarrollo detuvo la expansión de sus presupuestos sanitarios. En el caso particular América Latina, muchos países no alcanzaron aún un nivel de inversión cercano al 6% del PBI y son menos aún los que superan el 15% del presupuesto nacional asignado a salud.

En la financiación de la salud se establecen sistemas de vasos comunicantes. Si la inversión pública no se expande lo suficiente como para cubrir la mayor parte de las demandas sanitarias, la financiación privada lo hará. Entonces, los países en desarrollo enfrentan un dilema en el financiamiento de la salud que consiste en definir cómo conseguir

asignar recursos públicos crecientes a salud en contextos de restricción fiscal. Puesto que el ajuste en salud pública impacta de inmediato sobre los gastos de los hogares y, para colmo, puede deteriorar los resultados sanitarios.

Por otro lado, si los gobiernos no racionalizan sus inversiones sanitarias también los rendimientos serán decrecientes. El nivel de innovación y pseudoinnovación sumado a los cambios demográficos, e incluso a las propias conquistas de los sistemas de salud, hacen que producir salud resulte cada vez más caro. De manera que, para mantener sus niveles de eficiencia, los sistemas de salud requieren de revisión y evaluación permanente. En esa cruzada por lograr mayor eficiencia asignativa, los países han explorado alternativas a la integración vertical de los servicios públicos de salud que pasan por la tercerización de las prestaciones, por la constitución de fundaciones autónomas o semies-

tatales, empresas sociales de gestión público-privada, consorcios hospitalarios y otros sistemas que incorporan incentivos a la eficiencia.

Epílogo: cinco lecciones para diseñar el financiamiento en salud

Desde mitad del siglo XX, se viene documentando, sistematizando y diseminando evidencias que buscan ayudar a responder a las preguntas que titulan este artículo. Pido disculpas a los lectores por lo presuntuoso de querer sintetizarlos, ya que apenas conozco una pequeña parte de ellos. Pero me atrevo a dar cuenta de esta trayectoria del conocimiento sintetizando, mal y rápido, algunos aprendizajes que deberían ser útiles para la toma de decisiones.

En primer lugar, hemos aprendido que avanzar hacia el acceso universal a los cuidados de salud constituye una de las inversiones más eficientes para

el desarrollo sostenible y para el crecimiento económico. En segundo lugar, hemos aprendido que hay niveles de inversión mínima requeridos, mirándolo desde la economía del país, pero también hay niveles de inversión del presupuesto público mínimos requeridos para lograr tanto avanzar hacia la cobertura universal como hacia un uso eficiente de los recursos. En tercer lugar, hemos aprendido que los tableros de mando de los sistemas de salud requieren atender tanto a la performance epidemiológica como al

gasto de bolsillo. En cuarto lugar, hemos aprendido que los gastos en salud siempre aumentan, y una buena gestión no es la que contiene el gasto sino la que obtiene mejores resultados con las inversiones realizadas. Por último, para acompañar los desafíos sanitarios crecientes, los sistemas de salud requieren incorporar reformas y las reformas requieren evaluación permanente. 

“Si los gobiernos no racionalizan sus inversiones sanitarias también los rendimientos serán decrecientes. El nivel de innovación y pseudoinnovación sumado a los cambios demográficos, e incluso a las propias conquistas de los sistemas de salud, hacen que producir salud resulte cada vez más caro. De manera que, para implementar sus niveles de eficiencia, los sistemas de salud requieren de revisión y evaluación permanente”