

El crecimiento de los costos en salud visto desde la ineficiencia

Increase in health costs considered from the inefficiency viewpoint

Orlando Carnota Lauzán

Escuela Nacional de Salud Pública La Habana, Cuba.

RESUMEN

La gerencia consiste esencialmente en convertir recursos en resultados. Su éxito estriba en alcanzar el mejor producto con el menor consumo de los medios tangibles e intangibles requeridos. La salud pública presenta generalmente fallas en el manejo óptimo de los recursos, heredadas algunas de la administración pública y otras autóctonas. Se tiende más a conseguir recursos adicionales que en aplicar tecnologías que eleven su aprovechamiento e impulsen la excelencia y la sostenibilidad del sistema. Los países clasificados como los que más gastan en salud con respecto a su PIB, aparecen por debajo de la media con respecto al desempeño de sus sistemas. Para entender estas contradicciones, se ha hecho un estudio que considera: el complejo formado por mejor atención, mejores medicamentos y nuevas tecnologías; la transición demográfica; la corrupción y; las fallas estratégicas, organizativas y de toma de decisiones. Se concluye que la cuestión principal no está en la cantidad de recursos disponibles, sino en qué se hace con lo que se tiene y mientras este problema no se aborde con ese enfoque, se corre el riesgo de perjudicar una actividad altamente humanitaria e imprescindible para el crecimiento y el desarrollo de las naciones y de sus ciudadanos.

Palabras clave: Salud; gerencia; recursos; costos; gastos; eficiencia.

ABSTRACT

In essence, management consists of transforming resources into results. Its success lies in achieving the best product at the lowest consumption of required tangible and intangible means. Public healthcare generally shows faults in the optimal management of resources, some inherited from the public administration and others are inherent. The most common trend is asking for additional financing instead of using technologies that increase performance and encourage excellence and sustainability of the system. Those countries ranked as spending more resources in health care according to their gross domestic product, show indexes under the average level in the system performance. For understanding these contradictions, the present study takes into account the complex formed by best care, best drugs and new technologies; demographic transition, corruption, and strategic, organizational and decision-taking faults. It is concluded that the amount of available resources is not the main issue, but all what can be done with them. If this problem is not addressed with this approach, then there is a risk of damaging a highly humanitarian and indispensable activity for the growth and development of the nations and their citizens as healthcare.

Keywords: Health; management; resources; costs; expenditures; efficiency.

LOS RECURSOS, EL GRAN MODERADOR

Peter Drucker, entre sus muchas expresiones ya clásicas, definió el concepto de gerencia de una manera sintética al afirmar que consistía en "convertir" recursos en resultados. Nótese, que al utilizar el vocablo "convertir" estoy excluyendo la posibilidad de que se gastara en recursos lo que no se iba a transformar en resultados.

Parece simple, pero no lo es. Veamos primero a qué se refiere el autor cuando se habla de recursos: dinero, empleados, equipos, tiempo información, materiales, instrumentos, espacio, talento, competencias, cultura y otros.

Analicemos posteriormente a qué se refiere cuando habla de resultados: producción industrial, servicios prestados, mercancía vendida, personas transportadas, habitaciones vendidas, consultas realizadas, vidas salvadas, muertes evitadas, clientes satisfechos, seguridad ciudadana, pacientes con experiencias positivas y otros.

Se puede notar que tanto en los recursos como en los resultados, hemos incluido elementos tangibles e intangibles, con marcada intención de destacar que los segundos tienen tanta importancia como los primeros. En realidad, en el mundo actual los resultados se miden principalmente por la medida en que han logrado cubrir y sobre todo superar las expectativas de los clientes, llámense estos huéspedes, ciudadanos, pasajeros, pacientes o espectadores y estas representan, en buena medida, valores intangibles.

COMPORTAMIENTO DE LOS COSTOS EN SALUD, UN ANÁLISIS INSUFICIENTE

EL ASUNTO NO ES GASTAR MUCHO, SINO HACERLO BIEN

Tradicionalmente, la salud pública presenta una necesidad creciente de dinero que en buena parte se justifica por la intención de corregir las fallas e insuficiencias que pudiera tener el servicio o para asegurar que se producirán notables mejorías dentro de lo bueno que se está haciendo. La idea parece atractiva, pero el análisis resulta insuficiente.

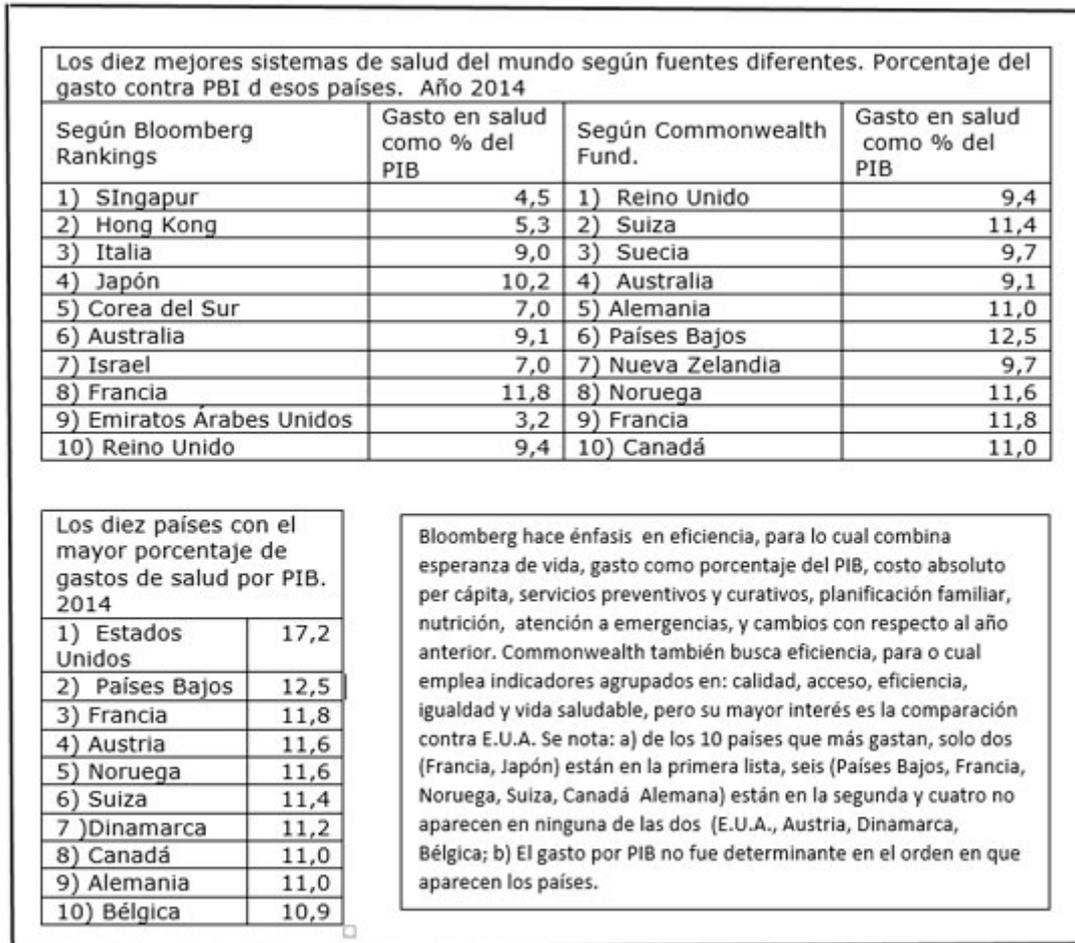
El problema principal está en qué se hace con el dinero que se recibe y no en cuánto dinero se tiene. La salud pública, lamentablemente, hereda y participa de las tradicionales ineficiencias de la administración pública conocidas, criticadas y sujetas a revisión importante en varios países del mundo. Por supuesto, no solo está lo heredado, hay también ineficiencias propias, autóctonas que tienen diversos orígenes, a los cuales nos referiremos más adelante.

No hay una manera única de ser altamente eficiente en los sistemas y servicios de salud, pero también es cierto que se puede lograr en condiciones diferentes si se emplean los mecanismos adecuados para reducir al mínimo o eliminar todas aquellas acciones, procesos, definiciones, estilos y modos de decidir que generan consumo de recursos, pero no aportan valor al paciente, a su familia, a los ciudadanos. Es cierto también que el problema no es tan simple, pues por una parte está la excelencia en salud en los términos contemporáneos y por la otra cómo hacer que los recursos respondan a esas condiciones.

Tal conceptualización de la excelencia, no se limita al acto asistencial propiamente dicho, a cumplir con la "satisfacción del paciente", a la exhibición de unas estadísticas "impresionantes" y mucho menos a las grandes cifras financieras de que pudiera disponer, sino que abarca una mirada integral donde, por una parte está el paciente como centro y beneficiario principal de la atención y por otra, el máximo aprovechamiento de los recursos disponibles que permitan asegurar la sostenibilidad del sistema, sin lo cual todo lo demás permanece inseguro. Metas fundamentales como la cobertura sanitaria universal no dependen tanto del volumen que tengan los fondos financieros conseguidos, sino de la capacidad de los sistemas públicos de salud para alcanzar un empleo óptimo de los recursos disponibles, que como veremos más adelante, es algo muy diferente a intentar, de cualquier manera, reducir el gasto sanitario.¹

Nótese que los llamados "top", o sea, las clasificaciones que se hacen para determinar la excelencia de las organizaciones sanitarias y encontrar los mejores en su clase, trabajan con una combinación donde se considera la suma de calidad asistencial, servicio hospitalario, bienestar y satisfacción del paciente, capacidad innovadora, atención personalizada y eficiencia de recursos; apostando por la sostenibilidad de un sistema de salud pública, gratuito y de calidad.²

A manera de ejemplo, se presentan dos *rankings* de los que se supone fueron los mejores sistemas de salud del mundo, al menos en el 2014, fecha a que corresponde esa información. El primero fue hecho por el consorcio periodístico *Bloomberg Rankings*³ y el segundo por la fundación *The Commonwealth Fund*,⁴ dos organizaciones especializadas en el tema (Fig. 1).



Fuente: Bloomberg. Most Efficient Health Care 2014; The Commonwealth Fund 2014. <http://www.bloomberg.com/rank>

Fig. 1. Relación entre gastos de salud por PIB y ranking de países seleccionados como los mejores sistemas de salud del mundo.

Es sabido que toda clasificación está matizada por los criterios que se hayan utilizado para hacerla y el modo en que los datos sean procesados. Esto implica que se puede discutir fácilmente si los diez de cada lista están justamente en el lugar en que aparecen o si hay otros no incluidos que sí debieran estar e, incluso se pudiera poner en duda si son adecuados los criterios empleados, pero lo cierto es que cualquiera de esas consideraciones terminaría también con un nuevo ranking, igualmente discutible.

El punto desde el que hemos partido consiste en que los sistemas de salud que aparecen entre los diez primeros, sea una lista o la otra, se encuentran muy por encima de la media mundial y por tanto pueden ser utilizados para comparar lo que gastan contra aquellos que consumen igual o más pero logran menos.

En el párrafo que sigue a las tablas, se hace notar que el gasto de salud como porcentaje del PIB no determina, de forma esencial, ni la aparición en la gran selección y ni siquiera el orden en que se muestran dentro de los diez primeros.

Otro elemento notable lo constituye el hecho de que cuatro países de los diez que se agrupan entre los que emplean el mayor porcentaje de gastos contra el PIB a nivel mundial (Dinamarca, Austria, Bélgica, Estados Unidos) ocupan respectivamente lugares lejanos en el ranking: 34, 35, 41 y 44 de una relación de 51.

Evidentemente, disponer de más dinero no produce automáticamente más y mejor salud para todos. La brecha entre los recursos y los resultados se encuentra en la manera en que los primeros deben convertirse en los segundos. Detrás de esa posible falla aparecen muchas causas, que no se pueden resolver incrementando gastos, sino que requieren encontrar los puntos en que las cosas no se están haciendo como debiera.

Hengameh presenta algunos ejemplos en el caso de los Estados Unidos de Norteamérica pero que en alguna medida es representativa: la utilización rutinaria de costosos dispositivos de alta tecnología, como los MRI (imágenes mediante resonancia magnética, por su nombre en inglés); la práctica de medicina defensiva para evitar demandas judiciales contra los médicos; los esfuerzos heroicos para salvar vidas; el alto ritmo de inflación en los Estados Unidos para productos y servicios relacionados con la salud en comparación con otros productos y servicios y, por supuesto, el envejecimiento de la población.⁵

ABRIRSE A LA MULTICAUSALIDAD, GENERA MEJORES PISTAS

En ninguno de los dos rankings anteriormente presentados aparecen los Estados Unidos de Norteamérica. Incluso, en el elaborado por el *Common wealth Fund* había el interés de comparar este país con el resto, con lo que se llegó a la conclusión de que resultaba el más caro de todos los estudiados, no en relación con lo que gastaba sino con lo que lograba a partir de ello. Nótese la diferencia.

Otro estudio, esta vez más reciente plantea:

El costo por persona de la atención médica en los Estados Unidos de Norteamérica es casi el doble de cara que el de otros países desarrollados. Si su incremento constante en el tiempo hubiera crecido al mismo ritmo que el de la PIB, sería en la actualidad alrededor de \$ 1,100 por persona, sin embargo, está cerca de los \$ 10,000. Alemania gasta aproximadamente \$ 4,000 per cápita a pesar de contar con una población mucho más envejecida, que fuma casi el doble, fuma un 50 % más y está cerca de las tasas de obesidad de los Estados Unidos.⁶

De lo anterior se puede inferir que los costos en salud tienen dos componentes fundamentales, uno los que se justifican por su contribución clara hacia una población sana, con acceso pleno a los servicios y con una sostenibilidad en el tiempo. Otro, los que se consumen, pero no logran tal contribución y por tanto incrementan los costos y al mismo tiempo reducen la posibilidad de producir más y mejor salud para más personas.

La diferencia no siempre está clara pues depende de la situación concreta de cada lugar y momento. Invertir en tecnología quirúrgica robótica suena razonable, pero no lo es tanto si estamos ante una población agobiada por enfermedades infectocontagiosas y otras derivadas de deficientes estilos y modo de vida que no reciben la atención suficiente y adecuada y el dinero no alcanza para ambas cosas.

Lo real es que los costos en salud y su crecimiento, tienen un origen multicausal, como todo problema de salud, que se manifiesta de diferentes maneras y en combinaciones distintas, según el país, el momento, la situación epidemiológica, las políticas sanitarias o el desarrollo económico. Debe entenderse entonces que una misma causa puede ser justa en determinada situación y otra todo lo contrario.

Resulta razonable si de construir políticas sanitarias se trata, reformular el modelo de salud, reorganizar la atención, reducir costos o enfrentar problemas de crisis se trata, no lanzarse directamente a ampliar o reducir presupuestos sino identificar cuáles son las causas más significativas, qué representan y que aportan o no a los objetivos que se pretenden.

Entre las principales causas que motivan tanto altos costos como su crecimiento se encuentran:

1. El complejo formado por mejor atención, mejores medicamentos y nuevas tecnologías.
2. La transición demográfica.
3. La corrupción.
4. Fallas estratégicas, organizativas y de toma de decisiones.

EL COMPLEJO FORMADO POR MEJOR ATENCIÓN, MEJORES MEDICAMENTOS Y NUEVAS TECNOLOGÍAS

MEJOR ATENCIÓN

Este es el componente "blando" en cuanto al crecimiento de los costos en salud. Mejorar la calidad de la atención, elevar las experiencias positivas de los pacientes y lograr que todos los ciudadanos estén respaldados por una cobertura universal son las grandes prioridades del momento, pero todas ellas están condicionadas, no tanto por los recursos que les asignen, sino por la manera en que estos se administren. Como discurso está bien, pero debe estar respaldado por algo más que las palabras.

Si bien todavía falta mucho por hacer, es indiscutible que, en muchos países y regiones se observan mejoras en la situación de la salud. La mayor supervivencia y mejor calidad de vida de los enfermos de cáncer; la reducción de enfermedades evitables por vacuna; la extensión con mayor o menor éxito de la atención primaria de salud; el mejoramiento de las tasas de mortalidad infantil; la reducción de muertes por causas evitables; los nuevos enfoques hacia la medicina familiar y la atención integral; pudieran justificar o al menos explicar en algunos casos, el crecimiento de los costos en salud.

En cuanto al futuro, algunas previsiones de crecimientos en costos de salud, se vinculan con una mayor o mejor atención a la salud. Según la *Economist Intelligence Unit* (EIU):⁷

Unos cuantos de los principales mercados emergentes encabezarán el crecimiento de la inversión en servicios de salud y productos farmacéuticos. Brasil, China, India, México, Rusia y Turquía experimentarán un crecimiento del PIB real considerablemente más rápido que el promedio global, de alrededor de 3 % anual. Esto precipitará una seguridad social más amplia e integral, y mayores beneficios para más segmentos de la población. El sólido crecimiento económico generará ingresos más altos y permitirá mayor inversión doméstica en seguros médicos adicionales.

Por otra parte, el buen estado de salud de la población es un requisito básico para aquellos países emergentes que aspiran a ser naciones prósperas y desarrolladas, pues muchos de los factores necesarios para lograrlo, tales como la educación, la productividad, la capacidad de innovación, el acceso a las tecnologías contemporánea, la inversión extranjera, el turismo o la cultura empresarial dependen de ello. Se justifica entonces que el gasto en salud, bien concebido, tenga un crecimiento notable, en estos casos.

Algunos países desarrollados trabajan también en contener el crecimiento de los costos en salud, pero sin afectar los logros alcanzados e incluso intentar resolver sus carencias actuales, pero a un costo menor. Otros intentan mejorar el servicio sobre la base de un sistema mejor diseñado y organizado y por tanto, menos costoso. El caso de la República Popular China es uno de ellos.

Un informe del Banco Mundial, plantea lo siguiente:

China puede ofrecer una mejor atención de salud para sus ciudadanos a costos asequibles si reestructura su modelo de prestación de servicios y se centra en entregar atención primaria a su población que envejece rápidamente y en reformar los hospitales públicos para que se dediquen principalmente al tratamiento de los casos complejos y graves. Cambiar a una "atención integrada centrada en las personas" permitiría que la atención de rutina del paciente se realice fuera de los hospitales y ayudaría a China a reducir los costos de salud en hasta un 3 % de su producto interno bruto (PIB) para 2035.⁸

Mejorar los servicios no es sinónimo de emplear mayores y más costosos recursos. La apuesta principal consiste en actuar sobre aquellas acciones, decisiones, procesos y actividades que no generan valor para el paciente, la familia o la población, en cuyo caso es posible elevar la calidad y al mismo tiempo reducir los costos. Básicamente, se trata de hacer que el gasto represente realmente una inversión en salud, y ese es un modo distinto de ver el problema.⁹

MEJORES MEDICAMENTOS

El desarrollo alcanzado en la identificación, aprobación, distribución y utilización de medicamentos, ha sido fuente de muchas alegrías, también de no pocas tristezas. Despiertan los medicamentos fuertes pasiones, desde los que los defienden a ultranza, hasta los que los atacan sin tregua.¹⁰

La influencia de los medicamentos en el crecimiento de los costos de las organizaciones sanitarias financiadas con fondos públicos es tema de sumo interés actual. Algunos estudios demuestran que la mayor parte del aumento se debe realmente al incremento del número de recetas emitidas muy por encima del crecimiento de su precio medio.¹¹

Lo anterior puede asociarse con alguno o varios de estos factores: un aumento significativo de la cobertura, la regulación de los precios por parte de los gobiernos y el empleo cada vez más amplio de genéricos, esto último limitado por la política agresiva de los grandes consorcios farmacéuticos para demorar o impedir el lanzamiento de sus homólogos.¹²

El otro aspecto relacionado con los medicamentos se refiere a su efecto sobre la salud, por lo que se plantea que los nuevos productos y sus combinaciones, no producen en términos sociales, una elevación de los costos en salud, sino que reducen otros gastos sanitarios de mayor peso, tales como hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas o visitas reiteradas al médico y esto es más difícil de notar.

Pero el problema no es tan simple. La industria farmacéutica es uno de los negocios más lucrativos y poderosos del mundo. No se trata solamente de su indiscutible capacidad para desarrollar nuevos productos sino también de sus técnicas agresivas de mercadeo, potencial monopólico, habilidad para hacer *lobby* en los centros decisores, impunidad para ocultar sus costos de producción e investigación y un sostenido estímulo y compensación a los prestadores para la prescripción preferente de sus productos.

Un problema de primer orden son las patentes. Estas actúan como una especie de mecanismo para que la empresa productora recupere sus costos de investigación, innovación y desarrollo, lo cual a simple vista parece razonable. La patente le otorga, durante un período determinado, una condición de monopolio y en consecuencia se siente con el derecho de fijar los precios que estime conveniente, sobre todo en países donde no existen regulaciones que lo limiten. Además, resulta curioso que muchas de esas investigaciones están respaldadas financieramente con presupuestos de los gobiernos.

En consecuencia, el problema del gasto farmacéutico sanitario no estaría en los costos del productor, sino en cómo este se aprovecha del valor que representa el medicamento para el consumidor y aplica como precio lo más alto que este está dispuesto a pagar por el beneficio que espera obtener.

Hay que tener en cuenta también los efectos inducidos. La aparición de nuevos medicamentos con una efectividad mucho mayor genera inmediatamente presiones de los pacientes que están cubiertos por un sistema nacional de salud o por un sistema público de seguro sanitario para que sea incluido en sus beneficios, lo cual implica crecimientos significativos en el gasto farmacéutico, si no se dispone de regulaciones que permitan mantenerlo dentro de límites aceptables.

Casos tan notables como el de los fármacos oncológicos nuevos que llegaron al mercado con precios superiores a los 100 000 dólares; el precio de la insulina para los diabéticos que aumentó el 300 % del 2002 al 2013;¹³ o los medicamentos para el tratamiento de la infección por la hepatitis C¹⁴ que han sido incluidos por OMS entre los esenciales, decisión por otra parte justificada por ser hasta ahora los más efectivos, seguros y con menos efectos secundarios. Sin embargo, todos estos casos resultan pequeños al lado del más reciente: El EpiPen, que para muchos se considera el paradigma de los abusos de las farmacéuticas.

El EpiPen es un autoinyector de epinefrina capaz de resolver de forma inmediata crisis agudas de alergia entre ellas, el choque anafiláctico. La farmacéutica Mylan recibió este producto cuando le compró a Merck el negocio de genéricos. Al notar sus potencialidades desarrollaron una agresiva cruzada que logró por parte del Congreso de EE. UU. una legislación que obligara a los colegios y a los lugares

públicos tenerlo disponible para una emergencia, cambios en las guías oficiales para facilitar su inclusión en las recetas, una campaña publicitaria por todos los medios y por supuesto, un incremento de su precio hasta la cifra de 600 dólares por una presentación con dos dosis. Piense que en ese país, 43 millones de personas están en riesgo de sufrir alergias severas.¹⁵

Pero, no hay que echar toda la culpa a los grandes consorcios farmacéuticos. Faltan aún otros protagonistas. Está la opacidad en los mecanismos de contratación pública¹⁶ donde pueden aparecer numerosas zonas oscuras motivadas por debilidad ante presiones, gustos personales, necesidad de protagonismo, ambiciones, mala organización, demagogia o insuficiente capacidad sobre el tema. En este punto, no solo opera un problema de precios, también están temas como licitaciones no apropiadas, negociaciones por separado, no exigencia al fabricante sobre las presentaciones más adecuadas para el servicio público o una comprensión insuficiente sobre la situación de salud y la estructura óptima del surtido.

Añádase a lo anterior la particularidad inherente a los sistemas y servicios de salud en los cuales el prestador influye decisivamente en qué, cómo y cuánto debe consumir el paciente.

Existen, por supuesto, mecanismos de defensa. Según la OPS¹⁷ ya son más de 150 los países que han adoptado listas de medicamentos esenciales recomendadas por dicha organización; aunque no siempre aparece una respuesta real entre tales cuadros nacionales de medicamentos y la disponibilidad y asequibilidad suficientes para la población. En Cuba se empezaron a aplicar desde 1981 y se actualizan y mejoran anualmente con un impacto altamente positivo en el sistema de salud y en los costos del sistema.¹⁸

Veamos el caso europeo. Según informa Reuters Health:

En 2015, a excepción de Alemania, Suecia y el Reino Unido, todos los demás Estados miembros de la UE más Islandia, Noruega, Suiza y Turquía, fijan los precios de sus productos farmacéuticos. En un futuro, los estados miembros de la UE podrían considerar la exploración de otras nuevas políticas como la de compra conjunta de medicamentos.¹⁹

En fin, las vías por la que el gasto farmacéutico se dispara son muchas. Un grupo importante de ellas no está en correspondencia con lograr mejoras sustanciales en la asistencia, sino que obedecen al poder alcanzado por los productores; a las zonas oscuras por las que pasa toda la cadena de adquisición, suministro y utilización; a la incapacidad de las autoridades para establecer reglas del juego claras, exigibles y punibles; y a la insuficiente responsabilidad que asumen los prestadores al generar el consumo.

El enfoque fármaco epidemiológico puede hacer una contribución notable a mejorar la relación costo efectividad en términos del empleo de medicamentos. Al hacer accesible a los prestadores toda la información relativa a sus efectos, composición, reacciones adversas, intolerancias, interacciones, uso racional, opciones, dosificación, precios y otros, facilitan decisiones terapéuticas, presupuestarias y económicas más acertadas.

NUEVAS TECNOLOGÍAS

En el ámbito sanitario, el concepto de tecnología sanitaria (o la forma abreviada "tecnología") puede hacer referencia a especialidades farmacéuticas (medicamentos, incluidos los productos biológicos), productos sanitarios, equipos y suministros, intervenciones médicas y quirúrgicas, programas y sistemas de apoyo para la salud pública, y sistemas de organización y gestión para la prevención, la detección sistemática, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.²⁰

El tema de medicamentos ya se vio en el inciso anterior, nos ocuparemos ahora de las tecnologías restantes.

Las tecnologías consideradas "duras", o sea, aquellas que tienen que ver con equipos, instrumentos y dispositivos han desempeñado históricamente un papel relevante en el mejoramiento de la salud de las personas, en extender su vida con calidad, asegurar su autonomía y elevar su autoestima. También han sido clave en complementar el talento médico con grandes avances en materia preventiva, diagnóstica, quirúrgica y rehabilitadora.

Tales tecnologías tienen puntos de contactos con los medicamentos en cuanto a su incidencia en el crecimiento de los costos en salud, y en toda la problemática asociada, que ya fue comentada en el inciso anterior, por lo que no es necesario repetirlo. También poseen ciertos rasgos propios entre los que se pueden destacar su papel más inmediato y evidente en los resultados, cierta aureola de prestigio o estatus con las que se les vincula, y la necesidad de una gestión del riesgo de mayor alcance y complicación.

Las tecnologías estimadas "blandas" no están destinadas a construir un objeto, sino que se refieren más bien a lo que se denomina internacionalmente como *know-how*, o sea, la aplicación de conocimientos científicos, técnicos o administrativos para lograr una mejor manera de realizar una función, un proceso o una actividad.

La mayoría tiene un carácter eminente gerencial como es el caso de los sistemas de gestión de la calidad, el análisis de la situación de salud, el diseño de estrategias, los sistemas automatizados de gestión en salud, el referenciación competitivo o las guías de práctica clínica.

En general, la intención de este tipo de tecnología es mejorar la organización y control de los procesos, lo cual cuando está bien hecho, actúa a favor de reducir costos o al menos impedir que crezcan.

En la práctica real, ambos tipos de tecnologías trabajan de forma conjunta y unas no pueden prescindir de las otras. Sin embargo, en términos de impacto en el crecimiento de los costos en salud, sus manifestaciones son diferentes.

Por ejemplo, los equipos, instrumentos y dispositivos tienen que ver, en primer lugar, con una importante inversión financiera que debe responder a una conveniencia para la salud de las personas y las poblaciones. Tres factores posibilitan apoyar tal conveniencia: la reglamentación, que asegura su seguridad y eficacia; la evaluación de tecnologías médicas que valora propiedades, efectos e impactos y; la gestión, que tiene que ver con la racionalidad de su empleo en la práctica médica.

Numerosos países cuentan con agencias de evaluación de tecnologías sanitarias, las cuales se pueden consultar en sus respectivas páginas Web.²¹ Dichas agencias disponen de técnicas y métodos que posibilitan tomar las mejores decisiones en este campo. Los errores y derroches se producen cuando el capricho, el voluntarismo, el deseo de destacarse, el conflicto de intereses o la ignorancia son las que predicen la solución a tomar.²² Sucede entonces que se culpa a la tecnología cuando la causa es otra.

En relación con el crecimiento de los costos en salud, el punto crítico de los equipos, instrumentos y dispositivos se relaciona con el momento de decidir cuándo, cómo y con quién se emplea. Tal como vimos al estudiar las particularidades, tal decisión está en manos del prestador, y esto puede o no coincidir con el mejor criterio de manejo de los recursos.

Un gran problema, es la tendencia creciente a sustituir el talento y la atención médica personalizada por el empleo de tecnología²³ que en muchos casos, además de elevar el costo del servicio es también notablemente riesgosa.^{24,25}

El incremento se produce también por el no empleo de los métodos y técnicas de la evaluación económica en salud que permiten hallar la mejor opción tanto financiera como sanitaria ante varias opciones. Saltar esa posibilidad genera errores que afectan tanto los costos, como la salud de las personas y las poblaciones.

En resumen, el complejo formado por mejor atención, mejores medicamentos y nuevas tecnologías, tiene una lógica natural, pero debe tenerse en cuenta que el factor humano puede lo mismo conseguir un balance racional entre estos tres componentes, que destruir el primero haciendo un empleo indiscriminado de los restantes.

El costo en salud no debe verse en términos de "carga pública", pues por esa vía resulta fácil perder la perspectiva de que invertir en salud y en educación es, no solo un deber humano, político, social y ético, sino que además una condición para el desarrollo económico de las naciones, para su capacidad productiva e innovadora, para otorgar igualdad de oportunidades a sus ciudadanos y en consecuencia, para poder a su vez, hacer mejor salud.

El punto crítico está una vez más, en la habilidad o no de los líderes para hacer un uso racional, efectivo y eficiente de estas posibilidades, pues el éxito no es un producto natural ni espontáneo de la tecnología, son las personas hábilmente conducidas las que producen el efecto deseado.

TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

El envejecimiento de la población es un efecto que se origina por la combinación de diferentes causas que han interactuado en el tiempo de forma no exactamente idéntica en todos los países, pero con un resultado relativamente parecido a nivel global.

Un primer factor de carácter histórico fue la reducción sistemática de la mortalidad, sobre todo la infantil, originada en buena medida como efecto inducido de las mejoras sociales, higiénico-sanitarias y alimentarias derivadas de la revolución industrial, el incremento de la productividad y los avances tecnológicos y científicos.

En un primer momento esta reducción coincidió con una alta natalidad aún prevaleciente, la cual fue disminuyendo, por una parte en la medida en que tener muchos hijos dejó de ser una necesidad para la supervivencia y por la otra en los cambios culturales, laborales y sociales de la vida moderna.

En la medida que, tanto las condiciones sociales, educacionales, sanitarias y alimentarias como los avances en el orden de las ciencias médicas fueron avanzando, la natalidad y la mortalidad fueron disminuyendo con un resultado global donde la proporción de personas envejecidas con respecto al total empezó a crecer hasta alcanzar las significantes cifras actuales. Todo este proceso comenzó, se desarrolló y se comportó en modos específicos en regiones, culturas, países o sociedades, pero como ya se señaló anteriormente el efecto demográfico resultó igual en términos generales.

Este nuevo escenario demográfico tiene un efecto en los sistemas y servicios de salud, pues tal como expresa *Bayarre*:

Para los salubristas, es menester incluir en este análisis la conocida Transición Epidemiológica que discurre en paralelo y explica el cambio en la morbilidad de las enfermedades infectocontagiosas a las crónicas o degenerativas que, adicionalmente, disminuyen en quienes la padecen la percepción de su salud y, con ello de su calidad de vida.²⁶

En cuanto al impacto en los gastos de salud vinculados a este escenario, se pueden apreciar dos grandes enfoques, uno de ellos que lo considera como el factor que hará incosteables los sistemas de salud y otro que lo estima como uno de los grandes logros del pasado siglo y recomienda adecuar las estrategias, la organización y las acciones en función de la nueva situación.

El primero de los enfoques considera no solo el problema de la atención médica, sino también todo lo relacionado con las pensiones de la vejez, las limitaciones de las familias y los cuidadores para asimilar el gran volumen de personas enfermas y el supuesto perjuicio en la atención a las personas jóvenes al desviarse la mayor parte de los recursos para los mayores.

Por supuesto, las recomendaciones para evitar todo esto, tienen también una concepción tremendista al incluir propuestas como la denominada "racionalización de los servicios médicos basada en la edad" defendida por no pocos médicos, economistas y "expertos".⁵ La esencia de tal racionalización, en todas sus variantes, es reducir la atención médica a las personas mayores al mínimo imprescindible, o sea cuidados rutinarios limitados a aliviar su sufrimiento y nada más. Lo más interesante de todo esto es que los defensores alegan "principios éticos" para apoyar sus posiciones.

El segundo de los enfoques, tiene como punto de partida que no habrá tal demolición masiva de los sistemas y servicios de salud a partir de la nueva situación demográfica, lo cual coincide con los criterios de este autor. Hay numerosos argumentos que lo justifican. No tiene sentido hablar de establecer límites o clasificaciones por edad para la atención médica, pues como bien apunta *Cassel*:

Las personas ancianas no son un grupo homogéneo. Las personas a la edad de 80 o 90, o incluso 100, son muy diferentes unas de las otras. El grado en que cada una se puede beneficiar de algún grado de atención médica es también diferente.²⁷

Una de las principales acciones debiera ser la reducción de los costos en salud en general, mediante la eliminación de factores contribuyentes, tales como las numerosas acciones, decisiones y actividades que consumen recursos y no contribuyen a crear valor en las personas; la corrupción en cualquiera de sus manifestaciones; la utilización rutinaria de alta y cara tecnología cuando no está justificada y en general, el empleo de intervenciones médicas de alto costo para las cuales no hay evidencia clara de su efectividad; los altos costos de los medicamentos lo que va unido a un empleo irracional de estos y los procesos de dirección no basados en las mejores prácticas en términos de habilidades y tecnologías gerenciales, sino en la improvisación o el capricho. Todo esto es cierto, independientemente de la edad de las personas.

No hay que asumir que todas las personas de edad avanzada, están enfermas, tienen situaciones de invalidez, están obligadas a asistir casi diariamente al médico o se hospitalizan con frecuencia. De hecho se viene apreciando que los que están llegando a estas edades empiezan a arribar con mejores condiciones de salud, en general, que los anteriores. Por supuesto, que hay que aceptar que en general y como promedio consumen más de los servicios de salud, pero quedan otros muchos puntos por considerar.

Uno de estos puntos viene dado por una carencia significativa de investigaciones que vayan más allá del simple mecanismo envejecimiento-costos, pues según *Casado*:

No se conoce ningún estudio que haya analizado el gasto sanitario de los individuos, durante cierto período de tiempo y a nivel poblacional, considerando simultáneamente la edad, el estado de salud y el tiempo de vida restante.²⁸

La visión del problema, analizada solamente desde el punto de vista del cambio demográfico y su costo es muy limitada, dado que este es producto de numerosos otros cambios tanto positivos como negativos, de los cuales lo demográfico es solo un efecto. Temas como los avances acumulados en la productividad del trabajo, el desarrollo de las redes sociales y en general los aportes de las tecnologías de la información y las comunicaciones, los avances en el campo de la medicina, la situación higiénica y sanitaria, la evolución social y cultural de las poblaciones, el carácter social de la producción en salud, y las potenciales innovaciones sustantivas²⁸ en el modo cómo se organizan los servicios y se optimiza el empleo de los recursos en función del nuevo escenario, son algunos de los elementos que debieran incorporarse al análisis.

Finalmente, los movimientos alrededor de abordar positivamente este problema se mueven en la dirección de:

Gestionar la provisión de atenciones adecuadas mediante el desarrollo de un sistema continuo de cuidados; mejorar el apoyo a los familiares cuidadores; suministrar cuidados paliativos para lograr un final de la vida más digno; conseguir una mayor integración de las personas mayores en la sociedad a través del fomento de una actitud activa y de la creación de espacios amigables para las personas mayores.²⁹

De hecho, para un nuevo escenario demográfico y epidemiológico se requieren nuevas maneras de hacer salud, la clave está en no demorarse demasiado.

LA CORRUPCIÓN

El informe global sobre la salud correspondiente al 2006,³⁰ prestó especial atención al manejo económico de los sistemas de salud de los diferentes países del mundo, brindando un panorama que recorría desde los altamente desarrollados hasta los considerados más críticos, tanto en el orden económico como social. En materia de organizaciones, cubrió lo mismo prestadores públicos que privados, proveedores y aseguradoras.

El estudio pone de manifiesto una extensa variedad de manifestaciones que parecen demostrar la inagotable capacidad humana para manipular los recursos en su propio favor y en perjuicio de los que lo necesitan. Sobornos, manipulación de la información, hurto y malversación de recursos, sobrepagos de las empresas proveedoras de medicamentos y servicios, manejo de los mecanismos de pagos, adulteración de medicamentos, desvío de fondos hacia proyectos "favoritos", falsas licitaciones y otros. Lo mejor de todo esto es que sirve como una especie de guía para gerentes, supervisores e inspectores interesados en evitarlo.

El reporte correspondiente al 2015³¹ no contiene una sección específica para la salud, pero se dispone al menos de un estudio independiente, fechado en el 2013, que reporta el tema de la corrupción en el sector salud en la Unión Europea,³² preparado por una comisión creada al efecto. El informe plantea una situación que mejora en algunos países y en otros empeora, siendo lo más positivo el número de acciones, legislaciones e instituciones específicas surgidas con la intención de resolver este problema. El rango de variantes se mantiene igual.

Cualquier informe que pretenda hacer categorizaciones o clasificación de temas tan complejos y diversos como este se presta a mucha polémica que no es el objetivo analizar ahora. Lo más importante es el problema principal y como éste hace poner en duda ciertas cifras de gastos en salud, que no reflejan realmente lo que se está haciendo a favor de las personas y las poblaciones.

Muchas de estas manifestaciones descansan en "facilidades" específicas tales como: sistemas donde la transparencia es insuficiente o falsa, mecanismos de vigilancia en salud que solo revisan cuestiones clínicas y epidemiológicas, hegemonía aceptada del prestador para decidir sobre el consumo, argumentos nacidos bajo el atractivo principio de "todo para la salud" que sirve para ocultar derroches y malos manejos, supuestas reformas que salen más caras pero no mejoran la calidad y eficiencia del sistema, solo para mencionar algunas.

FALLAS ESTRATÉGICAS, ORGANIZATIVAS Y DE TOMA DE DECISIONES

La fuente de estos problemas es muy variada, pero generalmente detrás de ellos hay una carencia significativa de métodos, técnicas y enfoques relacionados con la gerencia que se omiten y sustituyen por corazonadas, imitaciones, improvisaciones o demagogia electoral. La falta de una vocación para hacer un uso racional de los recursos hace que incluso a veces, muchas de estas cosas parezcan naturales.

La gerencia es una rara combinación de ciencia y arte, pero lo mejor que tiene es que es posible enseñarla y aprenderla. Esto se debe entender en el sentido de que si usted nació con condiciones naturales para el liderazgo, va a necesitar apropiarse de una serie de técnicas, métodos, habilidades e incluso trucos que podrá descubrirlos por su cuenta pero eso le costará mucho tiempo y dinero, (si lo logra) tanto a usted como a la organización al frente de la cual se encuentre.

Tampoco el hecho de que disponga de tales condiciones naturales y que sea graduado de la mejor escuela de negocios del país, le va a asegurar que llegará algún día a presidente de una gran corporación, ministro del gobierno, general de división del ejército, o rector de la mayor universidad de su país. Todo eso va a depender de su esfuerzo, de las circunstancias, de lo que hagan los otros aspirantes, de cómo usted aplique creativamente lo que aprendió, de aquello a lo que usted aspire y de su capacidad para establecer buenas estrategias y lograr seguidores.

Dirigir en salud tiene sus propias complicaciones que se originan en un número de particularidades.³³ que lo diferencia de otros servicios. Es también compleja la manera en que se llevan a cabo los procesos conducentes a producir salud, pues siguen recorridos muy diversos que están vinculados al paciente, a su enfermedad, a las diferentes especialidades implicadas, al papel trascendental de unidades organizativas de apoyo, a la gravedad de las situaciones, al papel de otros sectores e incluso a la casuística.

Por esta razón, se requiere un dominio básico de las habilidades y tecnologías gerenciales y un desarrollo progresivo del directivo en función de los resultados que vaya logrando. La gerencia opera como una especialidad adicional que ese profesional debe dominar suficientemente, teniendo en cuenta el impacto social de las acciones y decisiones que, como parte de su trabajo, debe tomar. Veamos algunas de las fallas más significativas, sobre todo por su influencia en los costos de salud.

Errores en la concepción o en la implementación de las estrategias

En ocasiones se llama estrategia a cualquier resultado de la imaginación de un grupo de personas que aseguran que así es como debe comportarse el futuro sanitario de un país, una localidad o una instalación de salud.

Una estrategia es algo más que eso, pues es un producto tecnológico con sus propios métodos, técnicas y herramientas. Los errores estratégicos comprometen el trabajo durante el período cubierto, generan las acciones equivocadas en el momento equivocado y no se corresponden con la situación de salud ni con las expectativas de los empleados y de los ciudadanos. Todo esto cuesta recursos que no se traducen en mejor o más salud.

Un efecto parecido es cuando a pesar de contar con una buena estrategia, esta permanece como olvidada y es sustituida por la improvisación, los buenos deseos, la atención especial a las crisis en vez de su prevención y por tanto el derroche de recursos.

Flujos no optimizados de trabajo

Muchas organizaciones sanitarias emplean todavía la concepción clásica organizativa donde la estructura es eminentemente vertical, conocida generalmente como "funcional" (Fig. 2).

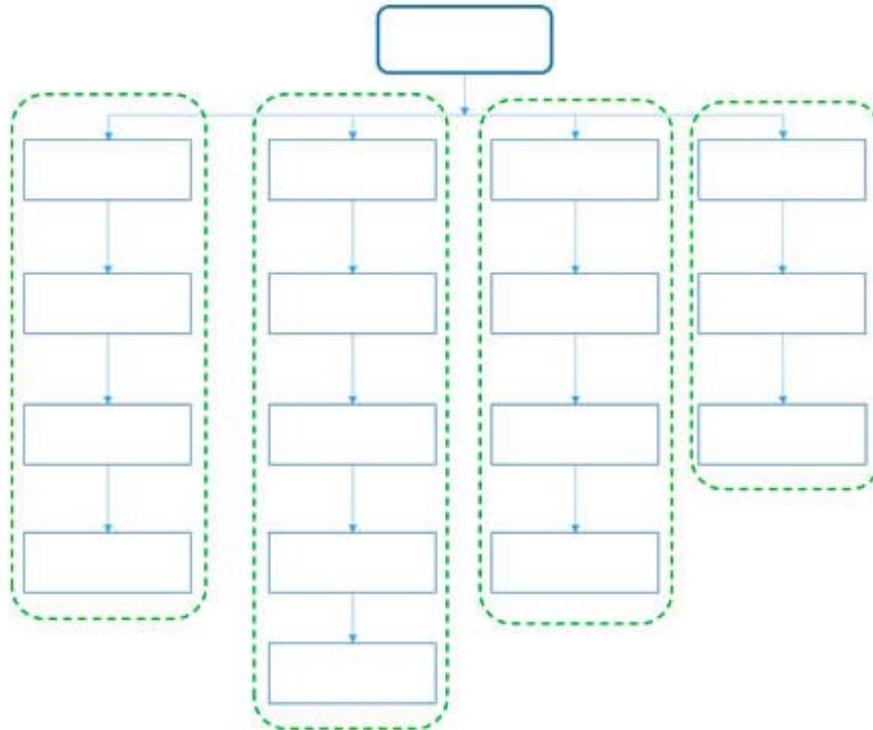


Fig. 2. Estructura funcional vertical típica.

Esta estructura se corresponde con las concepciones derivadas de la organización industrial de principios del siglo pasado y los postulados establecidos por los fundadores de la administración, *Henri Fayol* (1841-1925) y *Frederick Taylor* (1856-1915). En general, las líneas de mando bajan por los canales verticales y la retroalimentación sube por esa misma vía. Su defecto mayor estriba en que las actividades que generan productos, ya sea salud, mercancías, servicios o entretenimiento, solo por citar algunas, no se mueven en la misma dirección, sino que operan de manera horizontal y transversal (Fig. 3).

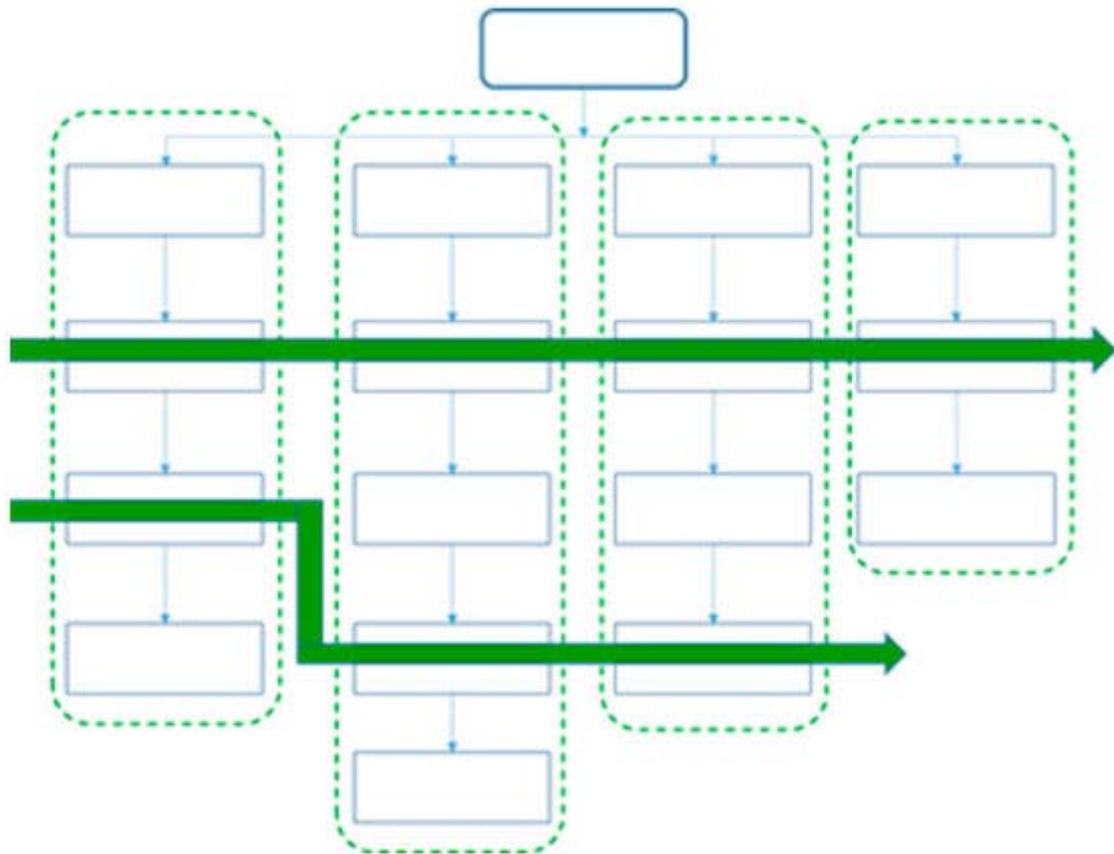


Fig. 3. Flujo real de las operaciones.

El efecto de la estructura funcional sobre los procesos reales de la organización es que obliga a seccionar estos, con lo cual por ejemplo, un proceso de prótesis de cadera o de atención al paciente con diabetes es la suma simple de lo que cada servicio ubicado en las posiciones verticales considera qué debe hacer y cómo debe hacerlo. Es como si en una gran orquesta, cada grupo de instrumentos tuviera su manera independiente de cómo organizarse y cómo contribuir a la realización de la pieza musical. Se sabe que la suma de las optimizaciones individuales de cada componente de un proceso, no equivale a que este como un todo sea óptimo, sino posiblemente todo lo contrario.

Lo anterior produce lo que se conoce como desperdicios, derroches o mudas altamente costosos para la salud pública y fuente de mala calidad en la atención a los pacientes. Son ejemplos de esto: repetición innecesaria de estudios complementarios, planes terapéuticos incompatibles con la condición del paciente, las personas no son vistas como tales sino en forma de órganos según la especialidad (riñón, cabeza, extremidades, corazón y otros), desbalance en el manejo de los recursos al no haber una concepción integrada y racionalizada del proceso, ruptura de la cadena cliente interno-proveedor interno que es donde puede asegurarse que cada actividad cumple con todos los requisitos necesarios para la realización de la siguiente; demoras para el paciente, su familia y para los propios prestadores; pues estos deben ajustarse a las condiciones, términos y horarios que por separado establece cada servicio, lo cual puede ser contradictorio con lo que otro demanda.

El culto al cambio por el cambio

Sería difícil contar cuantos libros, artículos, ensayos y tesis de grado se han escrito para demostrar que todo cambio genera una resistencia y que hay que dominar las técnicas para hacer que las personas se incorporen al nuevo modo de hacer las cosas. Lo lamentable, es lo poco que se escribe acerca de cuándo la razón la tienen los que se resisten, debido a que el cambio es un disparate, tiene una motivación distinta al propósito justo, es una imitación de alguien a quien le salió bien o simplemente es una manera de cubrir una deficiencia con otra.

La salud pública es víctima muchas veces de las modas organizativas, de los flamantes nuevos modelos, de las promesas de los políticos, de la falta de preparación gerencial de los que tienen el papel decisorio, de la no instrumentación real del control social o de la capacidad improvisadora de algunos "genios".

Por esta vía, aparecen descentralizaciones que solo bajan los problemas, pero no los recursos; técnicas gerenciales que solo se introducen de nombre tales como el enfoque participativo, la dirección por objetivos o el trabajo en equipo, sin que se utilice todo lo que tales técnicas demandan; reorganizaciones que van de arriba hacia abajo en vez de abajo hacia arriba; inversiones en alta tecnología o en hospitales de un lujo equivalente a los mejores del mundo a cuenta de una inequidad flagrante; modelos que se cambian cada vez que un nuevo gobernante asume el poder aunque el modelo anterior fuera excelente, todo eso solo a manera de ejemplo.

Hay un costo adicional cuando el cambio no es lo que debiera ser y son los protocolos, normas, papel timbrado, capacitaciones, anuncios y letreros que hay desechar y finalmente el nivel de inestabilidad que produce en el servicio. Lo único que certifica que un cambio es bueno, es que produce un salto en el desempeño, en la calidad, en los beneficios o en las tres cosas, pero eso hay que demostrarlo antes.

No entender el carácter social de la producción en salud

La salud pública es algo más que las organizaciones sanitarias y los organismos superiores a los cuales estas están adscriptas, pues por muy desarrollado que esté un país y muchos los recursos de que disponga; para producir salud se necesita tanto la contribución de las personas, las familias, las comunidades, los otros sectores, el propio gobierno y sus aparatos legislativos, como un sistema de disposiciones reguladoras de diferentes tipos, algunas de carácter constitucional, que hagan de la salud pública un real sistema.

Corresponde a las organizaciones estatales de la salud pública actuar como un líder en conseguir que todo el que pueda contribuir lo haga y que todo el que perjudique sea de alguna manera controlado y sancionado. Es un liderazgo que emplea la intersectorialidad para incorporar a los sectores implicados en todo el proceso, que utiliza la negociación para promover acciones en los órganos ejecutivo y legislativo y para inducir la cooperación cuando no basta con la prohibición o la sanción. Debe además poseer la capacidad para ver más allá del momento actual y defender ante todo a los ciudadanos a los que debe cuidar.

Cuando lo anterior no se comprende, se pierde mucho tiempo y dinero resolviendo la atención al que ya se enfermó, la complicación de aquel que pudo evitarlo y lo que es más grave, el intento de resolver lo que vas allá de las posibilidades de la institución sanitaria.

La ineficiencia como problema general

Retomando la idea inicial de este artículo, el problema del crecimiento de los gastos en salud, debe ser abordado primero desde la óptica de elevar la capacidad de hacer lo más posible con lo que se tiene y no esperar por las crisis para tomar medidas urgentes, generalmente injustas, o por los milagros financieros que casi nunca se producen.

Un informe reciente de la Organización Mundial de la Salud, aborda el problema de cómo alcanzar la cobertura sanitaria universal en el cual se puede apreciar que el mal manejo de los recursos es uno de los problemas principales que se oponen a esta concepción, pues a un alto ritmo de ineficiencia, buena parte de los fondos que están siendo promovidos para esta iniciativa se perderían de una u otra manera. A manera de síntesis, el informe presenta una tabla donde resume las diez fuentes principales de la falta de eficiencia (tabla). Incluirla parece más que suficiente para completar la idea de este artículo.

Tabla. Las diez fuentes principales de la falta de eficiencia

No.	Fuente de ineficiencia	Razones comunes de la ineficiencia	Formas de tratar la ineficiencia
1	Medicamentos: Infrautilización de los genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario.	Controles inadecuados de los agentes de la cadena de suministro, los que los prescriben y los que los dispensan, baja percepción de la eficacia teórica y la seguridad de los medicamentos genéricos; patrones históricos en la prescripción y sistemas ineficientes de obtención y distribución, tasas e impuestos sobre los medicamentos, márgenes comerciales excesivos.	Mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción. Requerir, permitir u ofrecer incentivos para la sustitución por genéricos. Desarrollar adquisiciones activas basadas en la evaluación de los costos y los beneficios de las alternativas. Garantizar la transparencia en las adquisiciones y licitaciones. Eliminar las tasas y los impuestos. Controlar los márgenes comerciales excesivos. Vigilar y dar a conocer los precios de los medicamentos.
2	Medicamentos: El uso de medicamentos de baja calidad y falsificados.	Sistemas y mecanismos inadecuados de vigilancia farmacológica, sistemas débiles de contratación pública.	Fortalecer la aplicación de las normas de calidad en la fabricación de los medicamentos, llevar a cabo análisis de los productos, mejorar los sistemas de contratación pública con la precalificación de los proveedores.
3	Medicamentos: Uso inadecuado e ineficaz.	Incentivos inapropiados a quienes los prescriben y prácticas poco éticas de promoción; demandas y expectativas de los consumidores,	Separar la prescripción de la provisión, regular las actividades promocionales, mejorar la orientación, la información, la formación y la práctica de la prescripción; difundir la

		conocimiento limitado sobre los efectos terapéuticos; marcos normativos inadecuados.	información pública.
4	Productos y servicios sanitarios: Uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos.	Demanda inducida por el proveedor, mecanismos de pago por servicios, temor a las querellas (medicina defensiva).	Reformar los sistemas de incentivos y pago (por ejemplo, la capitación de servicios sanitarios o los grupos relacionados por el diagnóstico); desarrollar e implementar guías de práctica clínica.
5	Personal sanitario: Plantilla inadecuada o cara, trabajadores desmotivados.	Conformidad con las políticas y los procedimientos de recursos humanos predeterminados, resistencia por parte del colectivo médico, contratos fijos e inflexibles, salarios insuficientes, contratación basada en el favoritismo.	Llevar a cabo una evaluación y una formación basada en las necesidades; revisar las políticas de remuneración; introducir contratos flexibles y/o pagos por el desempeño; aplicar el cambio de tareas y otros métodos de adaptación de sus aptitudes a las necesidades.
6	Los servicios sanitarios: Admisiones hospitalarias y duración de la estancia, inadecuadas.	Falta de planes terapéuticos alternativos; incentivos insuficientes para el alta hospitalaria; conocimiento limitado de las mejores prácticas.	Proporcionar cuidados alternativos (por ejemplo, centros de día); cambiar los incentivos a los profesionales sanitarios hospitalarios; ampliar la información sobre las prácticas eficientes del ingreso hospitalario.
7	Los servicios sanitarios: El tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras).	Nivel inadecuado de recursos de gestión para la coordinación y el control; demasiados hospitales y camas hospitalarias en algunas áreas y déficit en otras. A menudo, esto refleja una falta de planificación del desarrollo de infraestructuras de los servicios sanitarios.	Incorporar a la planificación hospitalaria la estimación de las aportaciones y los resultados; ajustar la capacidad de gestión a las dimensiones del hospital; reducir el exceso de capacidad para aumentar la tasa de ocupación hasta un 80-90% (a la vez que se controla la duración de la estancia).
8	Los servicios sanitarios: Errores médicos y calidad asistencial insuficiente.	Conocimiento o aplicación insuficientes de las normas y los protocolos de asistencia clínica; ausencia de directrices; supervisión inadecuada	Mejorar las normas de higiene hospitalarias; proporcionar una mayor continuidad de la asistencia médica; realizar más auditorías clínicas; supervisar el rendimiento hospitalario
9	Despilfarro en los sistemas sanitarios: Derroche, corrupción y fraude.	Guías poco claras sobre la asignación de los recursos; falta de transparencia; mecanismos deficientes de justificación y gestión; salarios bajos.	Mejorar la regulación y la gestión introduciendo mecanismos sancionadores efectivos; evaluar la transparencia y la vulnerabilidad respecto a la corrupción; realizar estudios de seguimiento del gasto público; promover códigos de conducta.
10	Intervenciones sanitarias: Combinación ineficiente /	Intervenciones de coste elevado y bajo efecto	Evaluación periódica e incorporación a la política de los

nivel inadecuado de estrategias.	cuando las opciones de bajo coste e impacto elevado no están financiadas. Equilibrio incorrecto entre los niveles de asistencia y / o entre la prevención, la promoción y el tratamiento.	resultados de los costes y el impacto de las intervenciones, las tecnologías, los medicamentos y las opciones políticas.
----------------------------------	---	--

Fuente: Yates Robert y Humphreys Gary. Argumentando sobre la cobertura sanitaria universal. Organización Mundial de la Salud. Suiza. 2013, pág. 38-39.

A MANERA DE BALANCE

El crecimiento de los costos en salud puede ser tanto una buena como una mala noticia, todo depende de lo que se esté haciendo y lo que se vaya a hacer con los recursos de los cuales se disponga. Como se ha podido apreciar, hay toda una zona oscura alrededor de este tema que necesita ser despejada.

Para algunos, la preocupación acerca de una gestión eficiente de los recursos públicos destinados a la salud es una manera de perjudicar a los pacientes y a la ciudadanía, pues como se ha visto en muchos casos, la gran respuesta ha sido aplicar recortes, introducir el copago o soñar con la privatización. Reacciones de este tipo no tienen nada que ver con el tema de la eficiencia, sino más bien de la improvisación.

La eficiencia no es solo una condición esencial para el éxito y la supervivencia de las empresas de negocios, también lo es para las organizaciones públicas como las sanitarias y las educacionales cuya labor es tanto altamente humanitaria como imprescindible para el crecimiento y el desarrollo de las naciones y de sus ciudadanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia para la cobertura universal de salud. 154ª Sesión del Comité Ejecutivo. 12 de mayo del 2014. Washington, D: C.: OPS; 2014.
2. Ranking de los mejores hospitales por especialidades, según el Instituto Coordinadas de Gobernanza y Economía Aplicada. Madrid: Instituto de Excelencia Hospitalaria (IEH); 2015. Acceso: 2017/02/01. Disponible en: <http://www.institutocoordenadas.com/etiqueta/salud/>
3. Most Efficient Health Care 2014 Countries. New York: Bloomberg. Acceso: 2016/01/71. Disponible en: <https://www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries>

4. Conoce los 11 mejores sistemas de salud del mundo. Noticias 24. 2014. Acceso: 2017/01/13. Disponible en: <http://www.noticias24.com/salud/noticia/31640/conoce-los-11-mejores-sistemas-de-salud-del-mundo/>
5. Hengameh H. Aging and the Rising Costs of Health care in the United States. Can there be a Solution? Rev Ageing Internat. 2015;40(3):229-47. Acceso: 2017/03/08. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s12126-014-9209-8doi: 10.1007/s12126-014-9209-8>
6. Belland W, Grabenstatter K. Will Consumerism Rein in Healthcare Costs? Why the Answer is No. Executiv Insights. 2016;XVIII(6):1.
7. Servicios de salud, a todo lo que dan. México: Periódico digital La Jornada. 2008/06/24. Acceso: 2009/06/18. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/24/index.php?section=economist&article=024n1eiu>
8. Nuevo informe recomienda que la reforma del sistema sanitario en China ponga énfasis en un modelo integrado de atención de la salud centrado en las personas. Washington, D. C.: Banco Mundial; 2016. Acceso: 2016/09/04. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2016/07/21/new-report-recommends-people-centered-integrated-care-as-focus-of-chinas-health-reform>
9. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A. Global health 2035: a world converging within a generation. The Lancet. 2013;382:1898-955.
10. López Puig P. El dilema de los medicamentos, la salud pública y la cobertura universal de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2015;41(2);181-3. Acceso: 2016/01/12. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000200001
11. El mercadeo del medicamento en España. Boletín de Coyuntura. 2005:8. Acceso: 2008/08/28. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/index.htm
12. The bitterest pill. The Economist. New York: Journal; 2008.
13. Rapaport L. ¿Es posible contener el precio de los medicamentos en Estados Unidos? Reuters Health. 25 de agosto de 2016. Acceso: 2016/01/12. Disponible en: http://www.scientificamerican.com/espanol/noticias/reuters/es-posible-contener-el-precio-de-los-medicamentos-en-estados-unidos/?WT.mc_id=SAES_ESPWKLY_20160831#
14. Lamata F, Gálvez R, Pita P, Sánchez J. OMC: Acceso a los nuevos medicamentos. El ejemplo de la Hepatitis C. Costes, precios y patentes. Madrid: Diariefarma; 2015. Acceso: 2016/01/18. Disponible en: <https://www.google.com/search?q=El+ejemplo+de+la+Hepatitis+C.+Costes%2C+precios+y+patentes.+Madrid%2C+21+de+junio+2015.&ie=utf-8&oe=utf-8>

15. Pozzi S. EpiPen. La inyección que se convierte en símbolo de los abusos de farmacéuticas. Nueva York: Periódico El País; 2016. Acceso: 2016/10/15. Disponible en: http://economia.elpais.com/economia/2016/08/31/actualidad/1472639074_735055.htm
16. OCU pide transparencia en la negociación del precio de los medicamentos. Madrid: Diariofarma; 2016. Acceso: 2016/09/05. Disponible en: <http://www.diariofarma.com/2016/06/16/ocu-pide-transparencia-en-la-negociacion-del-precio-de-los-medicamentos?id=26724>
17. Los medicamentos esenciales en la Región de las Américas: logros, dificultades y retos. Lima: Representación de OPS; 2007.
18. Cuadro básico de medicamentos (CBM) y productos naturales 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública, Dirección de Medicamentos y Tecnologías; 2016.
19. Escaso avance en racionalización del gasto farmacéutico hospitalario y en mejora de la relación coste eficacia en sanidad. Madrid: Comisión Europea; 2016. Acceso: 2016/09/04. Disponible en: <http://www.medicosypacientes.com/articulo/escaso-avance-en-racionalizacion-del-gasto-farmacaceutico-hospitalario-y-en-mejora-de-la>
20. Proceso de evaluación de tecnologías sanitarias: fundamentos. España: Academia Europea de Pacientes Innovación Terapéutica (EUPAT); 2015. Acceso: 2016/09/07. Disponible en: <https://www.eupati.eu/es/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias/proceso-de-evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-fundamentos/>
21. Servicio de evaluación de tecnologías sanitarias. País Vasco: OSTEBA; c2011. Acceso: 2016/11/04. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkoste02/es/contenidos/informacion/osteba_enlaces/es_osteba/index.shtml
22. Mastai R. Evaluación de tecnologías sanitarias: de la investigación a la toma de decisiones. Madrid: Pactopais; 2015. Acceso: 2016/09/11. Disponible en: <https://inclusionosalud.org/2015/04/10/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-de-la-investigacion-a-la-toma-de-decisiones/>
23. Alonso JA, Laucirica C, Mondejar J. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. RevMéd Electrónica. 2014. Acceso: 2016/09/13. Disponible en: <http://revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202014/vol4%202014/tema12.htm>
24. Iannicelli JC. Radiación por estudios diagnósticos y riesgo de cáncer. Pediatría Prác. 2015. Acceso: 2016/09/13. Disponible en: <http://www.pediatrpractica.com.ar/note.php?id?=136>
25. Top 10 Health Technology Hazards for 2016. Noviembre 2015. Health Dev. Pennsylvania: ECRI Institute; 2016.
26. Bayarre Veá HD, Pérez Piñero P, Menéndez Jiménez J. Las Transiciones Demográfica y Epidemiológica y la Calidad de Vida Objetiva en la Tercera Edad. Geroinfo. 2010;1(3). Acceso: 2016/12/12. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/las_transiciones_demografica_y_epidemiologica_y_la_calidad_de_vida_objetiva_en_la_tercera_edad.pdf

27. Cassel C. Ageism: Prevention and treatment for the elderly. Alliance Aging Res. 2016: 30. Acceso: 2017/02/05.
http://www.agingresearch.org/living_longer/archive.cfm
28. Casado D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. En revista GacSanit. 2000; 15(2): 154-63.
29. Fernández JL, Parapar C, Ruiz M. El envejecimiento de la población española. LYCHNOS. (Cuadernos de la Fundación General CSIC). 2010(2). Acceso: 2017/02/03. Disponible en:
http://www.fgcsic.es/lychnos/es_es/articulos/envejecimiento_poblacion
30. Transparency International. Informe global de la corrupción. 2006. Access: 2016/10/25. Available at: http://www.eyt.org.ni/Informes/gcr2006_espan
31. _____. Corruption Perceptions Index. 2015. Access: 2016/11/01. Available at: <https://www.transparency.org/cpi2015/>
32. Study on Corruption in the Healthcare Sector. Luxembourg: European Commission; 2013. Access: 2014/10/25. Available at: http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf
33. Carnota O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Rev Cubana Salud Pública. 2013; 39(3):501-23. Acceso: 2016/09/08. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 20 de febrero de 2017.

Aceptado: 15 de junio de 2017.

Orlando Carnota Lauzán. Escuela Nacional de Salud Pública La Habana, Cuba.
Correos electrónicos: orlando@infomed.sld.cu; orlando.carnota@gmail.com