
INTRODUCCIÓN

La eficiencia en la agenda de la estrategia de acceso y cobertura universales en salud en las Américas

La eficiencia en la salud universal

La eficiencia de los sistemas de salud ha sido y continúa siendo uno de los objetivos de políticas de reforma de los sistemas de salud en el mundo y en las Américas. Incluso, ha sido considerada una dimensión crítica y constituye un objetivo intermedio crucial en los marcos analíticos que describen el funcionamiento del sistema de salud.

Por una parte, la eficiencia depende de las funciones del sistema de salud como la generación de recursos, el modelo de financiamiento, la organización de los sistemas y la forma de provisión de los servicios de salud, que son condicionantes que se completan con una influencia subyacente de las características institucionales y el desarrollo de la rectoría del sistema.¹ Por otra parte, la eficiencia contribuye con los objetivos finales de los sistemas de salud, expresados en términos de ganancias en salud y equidad en salud, protección financiera y equidad en el financiamiento, y con la responsabilidad del sistema de salud respecto de las necesidades de la población. En este marco, la eficiencia también ha sido considerada una de las condiciones y requisitos para alcanzar los objetivos de la estrategia de acceso y cobertura universal, ya sea en términos de una utilización adecuada en relación con las necesidades de salud de la población, la calidad de los servicios o una protección financiera universal.²

Sin embargo, el concepto de eficiencia ha sido utilizado en diferentes modos y con cierta confusión debido a la diversidad de objetivos, objetos de análisis y contextos de aplicación en salud. De hecho, el debate sobre políticas de salud ha sido planteado, en algunas ocasiones, en términos de contradicción entre *objeti-*

*vos de equidad en salud y objetivos de eficiencia en salud.*³

Este artículo tiene como objetivo reconocer diferentes aplicaciones del concepto de eficiencia para dilucidar sus alcances y establecer sus posibles relaciones con la búsqueda de equidad en salud. Con esta intención se realiza un análisis de las implicancias en eficiencia que se desprenden de la estrategia de acceso universal a la salud y cobertura universal en salud, también llamada estrategia de *salud universal* (SU), de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La consideración de la estrategia mencionada como objeto de análisis ofrece dos ventajas. En primer lugar, la estrategia de SU tiene como objetivo construir un camino hacia el acceso y la cobertura universal a través de diferentes intervenciones articuladas, vinculadas con la organización de los servicios de salud, la gobernanza y la rectoría, la mejora de los modelos de financiamiento y el abordaje intersectorial de las políticas de salud. Estas intervenciones tienen consecuencias en diferentes arreglos institucionales y mecanismos de funcionamiento del sistema de salud, con diferentes niveles y tipos de aplicaciones de la eficiencia y, por lo tanto, ofrecen un abanico de oportunidades y desafíos en el diseño e implementación de políticas públicas y acciones en el camino hacia la SU.

En segundo lugar, la estrategia de SU asume a la equidad como un pilar transversal, de acuerdo con el cual se procura garantizar el acceso a los servicios de salud en función de las necesidades de salud de la población y no de sus capacidades contributivas o de pago, así como disminuir las desigualdades evitables en los resultados de salud que derivan del acceso inequitativo. Por este motivo, es posible reconocer relaciones

sinérgicas entre eficiencia y equidad en cada una de las intervenciones contempladas en la estrategia.

Por último, las mejoras de eficiencia no deberían ser consideradas medidas meramente técnicas, sin complejidad e implicaciones políticas e institucionales. Por el contrario, los desafíos de los procesos de cambio en el sector salud deben contemplar los problemas de economía política que subyacen en la producción institucional que requiere el camino hacia la SU.

Antecedentes

El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* de la Organización Mundial de la Salud (OMS), dedicado a la financiación de los sistemas de salud, reconoce que la reducción de los niveles de ineficiencia en los sistemas de salud es una estrategia fundamental e inevitable en el camino hacia la cobertura universal y la creación de espacio fiscal para salud en cualquier país.¹ En este marco, diferentes tipos de ineficiencia han sido descritos, asociados con sus correspondientes medidas de intervención. De este modo, el informe de la OMS identifica áreas de ineficiencia específicas que son consideradas oportunidades de mejora y posibilidades de liberación de recursos hacia el financiamiento de mayor cobertura o la inclusión de grupos poblacionales anteriormente desprotegidos. Las principales áreas identificadas se asocian con a) recursos humanos, debido a plantillas de personal sanitario inadecuadas y trabajadores desmotivados; b) medicamentos, con subutilización de los medicamentos genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario, uso irracional, consumo de medicamentos de baja calidad y falsificados, y c) servicios, en los que se incluyen problemas en las admisiones hospitalarias y duraciones de la estancia inadecuadas, uso excesivo de equipos, tamaño inadecuado de los hospitales (infrautilización de las infraestructuras), presencia de errores médicos y calidad asistencial insuficiente. Estos problemas se transforman en oportunidades de mejora en la eficiencia en la medida que se estima representan, según el informe, de 20 a 40% del gasto total en salud.¹

La OPS, además, ha destacado la fragmentación y el uso inadecuado de niveles de atención en la oferta de servicios de salud como otra causa importante de ineficiencia en el nivel de la provisión de servicios. La segmentación existente también ha sido señalada como una fuente importante de ineficiencia en la asignación global de los recursos en salud.²

Tradicionalmente, la eficiencia en salud ha sido abordada desde una mirada microeconómica que se ha limitado a los análisis de evaluación económica y de rendimiento técnico de intervenciones de salud. De la estrategia de SU de OPS² se desprende que, si bien esta

óptica es absolutamente necesaria, es imprescindible reconocer que el mejoramiento del nivel de eficiencia de un sistema de salud que avanza hacia la SU debe proyectarse hacia intervenciones de carácter sistémico e intersectorial. Por una parte, adquieren notoria importancia el cuestionamiento y rediseño de los sistemas de pago para intervenir el desarrollo del sistema de salud, incentivando actores e instituciones a colaborar e integrarse con su quehacer centrado en las personas y las comunidades. Esto constituye un aspecto de eficiencia que merece un tratamiento amplio. Por otra parte, existen intervenciones proeficiencia que apuntan a los sistemas de mancomunación de recursos, de tal modo que puedan poner en práctica la solidaridad, pero que también desplieguen sus potencialidades en torno a la eficiencia. Además, es importante considerar intervenciones intersectoriales, que permitan capturar sinergias como, por ejemplo y en la práctica, aquellas asociadas con metas globales como los objetivos de desarrollo sostenible (ODS), que vienen a presentar una oportunidad para el desarrollo de la eficiencia en el abordaje de los determinantes sociales de la salud.

De este modo, la evaluación de eficiencia en salud depende de la relación entre los recursos invertidos y las ganancias en bienestar social y, especialmente, de las mejorías en el estado de salud de la población.^{1,4} Esta perspectiva macro del sistema de salud se refiere no sólo a la efectividad de la producción de los servicios de salud, sino también a la capacidad para abordar en forma efectiva los determinantes sociales de la salud. En esta línea, una literatura emergente ha asumido esta visión considerando la necesidad de integrar el sector salud en todas las políticas, a través de arreglos institucionales que incluyan modos de gobernanza intersectorial.⁵ Otras posibles aplicaciones del concepto de eficiencia pueden centrarse en el análisis del funcionamiento de ciertos arreglos institucionales que integran el sistema de salud. En este marco, los análisis de eficiencia más utilizados consideran como arreglos institucionales los vinculados con la función del aseguramiento de recursos, la compra de servicios de salud o aquéllos relacionados directamente con el modelo de organización y producción de los servicios de salud.⁶

Eficiencia: aspectos generales

Si bien la noción de eficiencia es prácticamente de sentido común, las definiciones son variadas y existen pocas aplicaciones sistemáticas de una taxonomía de ellas al campo de salud. Probablemente esto ocurra porque la producción de salud y la salud en sí misma implican distintos niveles de funcionamiento de la eficiencia.⁷ No se pretende aquí profundizar en este tema, pero es

necesario definir aquellos conceptos y niveles relacionados con la eficiencia que serán utilizados en el análisis. El cuadro I ayuda a este objetivo.

Así, la que podríamos definir como eficiencia asignativa o distributiva en salud es aquella en la que los recursos se distribuyen entre proveedores y atenciones de salud, maximizando las ganancias en bienestar social y logrando mejorías en el estado de salud de la población y aumentos en el grado de protección financiera de las familias frente a eventos de salud.¹ Por lo tanto, en el nivel global existe eficiencia en la asignación de recursos en un sistema de salud cuando éste logra una combinación óptima de disminuciones de morbilidad y mortalidad junto con el aumento en la protección financiera de los hogares que permita el acceso equitativo a los servicios de salud.⁸ En este caso, los esfuerzos están destinados a producir lo que la sociedad necesita en términos sanitarios y de bienestar en salud e implica al conjunto del Estado y la sociedad.

Sin embargo, el grado de eficiencia productiva o técnica y de eficiencia técnico/económica que se alcance dependerá de cómo se gestionen los servicios sanitarios; esto es, en un sentido amplio, cómo se logre la mejor capacidad resolutoria a través de mejoras en la coordinación y articulación entre niveles y redes asistenciales.⁸ Se requiere que la asignación de los recursos financieros logre un equilibrio de los insumos utilizados en el sector salud (eficiencia productiva o técnica). Para que la eficiencia productiva se transforme en eficiencia técnico/económica, se requiere que estos esfuerzos se realicen al menor costo posible o, lo que es lo mismo, que dados los recursos existentes, se alcance el mayor grado posible de logro de los objetivos antes señalados.

Además, es posible aplicar el concepto de eficiencia dinámica a salud, que implica asegurar las condiciones y niveles de eficiencia en el tiempo, a través de la incorporación de la innovación a los sistemas de salud en el sentido amplio del concepto. De esta forma, inter-

pretando las definiciones de Ocampo⁹ en el campo de la salud, se podría señalar que la eficiencia dinámica se caracteriza por: a) la innovación entendida como el cambio en la forma de realizar las actividades existentes y los procesos de aprendizaje necesarios para que se implementen y difundan a través del sistema de salud; b) la complementariedad y el encadenamiento de redes entre niveles productivos de la atención de salud, que requiere también de aprendizaje y flexibilidad, y c) la generación y desarrollo de arreglos institucionales necesarios para el desarrollo de los cambios y su aprendizaje.

Cabe señalar dos cuestiones adicionales provenientes de la teoría económica del bienestar: el concepto de eficiencia de Pareto (que la eficiencia distributiva se alcanza cuando no es posible cambiar la asignación de recursos, de modo que alguien mejore su situación sin que, al menos, otro la empeore) y el concepto de eficiencia social (que el óptimo se produce cuando los costos marginales sociales son iguales a los beneficios marginales sociales para cada bien producido). Éstos son conceptos teóricos que responden a modelados económicos determinados y, por lo tanto, aplican bajo ciertas condiciones específicas de los mercados en general. En todo caso, estos conceptos deben complementarse con una mirada de economía política que busque analizar la adecuación entre la asignación de recursos y el alcance de objetivos que respondan a los valores sociales prevalentes en un momento dado del desarrollo histórico-social en el que evoluciona un sistema de salud.

Eficiencia en la agenda del camino hacia la salud universal

Con el propósito de explicar los diferentes tipos de aplicaciones posibles del concepto de eficiencia en salud, exploramos su análisis en el contexto de la estrategia de acceso y cobertura universal en salud de la OPS.² El análisis de cada una de los componentes de estrategia hacia el acceso y la cobertura universal y el tipo intervenciones

Cuadro I
EFICIENCIA EN SALUD

<i>Tipo de eficiencia</i>	<i>Características</i>
Eficiencia en salud	Se refiere a lograr objetivos en salud con unos recursos dados y al menor costo posible.
Eficiencia productiva o técnica en salud	Se refiere a la utilización de los recursos productivos y tecnologías disponibles de manera óptima, o bien a hacer lo mejor posible con unos insumos dados. Es una perspectiva de la oferta.
Eficiencia técnico/económica en salud	En economía es usado como eficiencia económica, que implicaría realizar la eficiencia productiva o técnica al menor costo posible. También se denomina costo-efectividad en evaluación económica de intervenciones de salud, que implica la incorporación del costo de oportunidad en el análisis.
Eficiencia asignativa o distributiva en salud	Se refiere a la situación concreta del sector salud en su conjunto y globalidad. Implica lograr eficiencia económica respondiendo a las necesidades de salud y su demanda. Incorpora otros sectores y los determinantes de la salud.
Eficiencia dinámica en salud	Implica asegurar eficiencia a través de la innovación en el tiempo. Considera la complementariedad, encadenamientos de redes entre entidades y actividades productivas, y el proceso de construcción de arreglos institucionales para el aprendizaje.

promovidas permite caracterizar diferentes niveles y aplicaciones de eficiencia y los problemas de economía política subyacentes en su desarrollo. En efecto, sobre este último punto, las medidas contempladas en esta estrategia no deberían ser asumidas como desafíos exclusivamente técnicos, con posibilidad de modificarse en forma aislada al fortalecimiento institucional del sistema de salud y descontextualizadas de las condiciones políticas y sociales en cada uno de los países. Por el contrario, el camino hacia la SU debe concebirse como un proceso con características institucionales y políticas. En primer lugar, la eficiencia es asumida como una dimensión de desempeño condicionada por arreglos institucionales y, por lo tanto, se requiere identificar aquellas innovaciones relevantes que deberían ser producidas durante el proceso hacia la SU. En este sentido la eficiencia aquí es entendida en su concepción dinámica. La complejidad de estos cambios requiere considerar no sólo el diseño técnico de las intervenciones aplicadas, sino también reconocer cuáles son los cambios institucionales que permiten avances significativos, más que reproducir el *statu quo* de las estructuras vigentes de los sistemas de salud. En segundo lugar, este proceso tiene características políticas en la medida en que la producción de nuevos arreglos es el resultado de una acción colectiva.

Las cuatro líneas estratégicas incluidas en la resolución² que son consideradas como unidad de análisis en la aplicación de conceptos de eficiencia son las siguientes: a) la ampliación del acceso equitativo a servicios de salud; b) el fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza; c) el aumento y la mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia, y el avance en la eliminación del pago directo, y d) el fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. El punto de partida del análisis de cada una de las líneas estratégicas es la identificación del rol de la eficiencia, su nivel, tipo o grado de abstracción, así como los arreglos institucionales que son objeto de su intervención. Este análisis no pretende ser exhaustivo; se procura identificar algunos rasgos básicos del tipo de eficiencia involucrada y los arreglos institucionales emblemáticos asociados con el tipo de reformas impulsadas en la región, que son promovidas por la estrategia de acceso y cobertura universal.

Desarrollo de sistemas integrados e integrales basados en la APS para ampliar el acceso equitativo a salud

El principal rasgo de la eficiencia de esta línea estratégica lo representa el nivel de resolutivez de los sistemas de atención de salud. El desarrollo de sistemas integrados e integrales basados en la atención primaria de salud

(APS), centrados en las personas y las comunidades, tiene implicancias sobre la organización y producción del sistema de servicios de salud. Como parte de los cambios sugeridos, no sólo se promueve fortalecer el primer nivel de atención a través de la conformación de equipos de salud capacitados y fortalecidos con una provisión de insumos e infraestructura adecuada; también se busca modificar los mecanismos de coordinación entre organizaciones y niveles de atención para resolver los problemas de salud en el nivel más adecuado y la introducción de incentivos adaptados a los profesionales y organizaciones. Con estas medidas, el primer nivel de atención con un enfoque de APS asume un rol central como catalizador de la provisión de los servicios de salud. Se transforma de esta manera en estrategia para garantizar el acceso equitativo a una atención integral e integrada y para mejorar la eficiencia técnico/económica de los servicios de salud.

Si bien estas innovaciones prometen una mejora en la eficiencia del sistema de salud en términos sistémicos, también requieren del soporte de mayores recursos fiscales asociados con la incorporación y fortalecimiento de los servicios necesarios en gran parte de los países de la región de las Américas. Al mismo tiempo, esta perspectiva de atención primaria representa una estrategia de transformación del sistema de servicios de salud con contribuciones claras para la equidad a través de mejoras en las condiciones de acceso integral a un amplio abanico de servicios en función de las necesidades de salud de la población.

La producción de innovaciones que regulan la producción de los servicios de salud y su eficiencia dinámica conlleva problemas de economía política que se explican por el tipo de cambio organizacional que supone una perspectiva de APS. Los cambios del modelo de organización de servicios implican modificaciones relevantes en el tipo de prácticas de salud realizadas por diferentes grupos profesionales, nuevos mecanismos de regulación de las prácticas asistenciales y un nuevo modelo de coordinación entre organizaciones y niveles de atención, así como modelos de financiamiento adecuados a estas necesidades. Estos cambios no son inocuos y conllevan disputas relacionadas con la influencia e incumbencia de prácticas asistenciales y conflictos asociados con la implementación de mecanismos de regulación y la resistencia por la autonomía profesional.¹⁰

Rectoría y gobernanza para mejorar la movilización de recursos financieros para la equidad y el acceso

A esta línea estratégica se debe asociar la capacidad del sistema de promover tanto la eficiencia asignativa como

la técnico/económica. En primer lugar, la política de gobernanza y rectoría ha sido considerada como rasgo institucional y político clave que define, desde un nivel macro, la capacidad de regulación e influencia de las autoridades sanitarias para definir las *reglas de juego* de los sistemas de salud y el liderazgo de la conducción de la trayectoria de su proceso de cambio hacia objetivos sanitarios. En este marco, la estructura distributiva del modelo de financiamiento en términos de asignación territorial y funcional de los recursos representa un factor central que define la eficiencia asignativa del sistema de salud. En segundo lugar, esta característica tiene implicancias directas también al interior del modelo de financiamiento, en la medida en que esta capacidad de influencia de las autoridades sanitarias se expresa en aquellos arreglos institucionales relacionados con la función de compra de servicios con incidencia en la regulación de normas asistenciales y producción de incentivos orientados a mejorar la eficiencia productiva y la calidad de los servicios de salud. Un amplio abanico de instrumentos ha sido reconocido para mejorar los incentivos y la regulación de los actores involucrados en la provisión de los servicios.^{11,12}

Las dificultades políticas de estas innovaciones están asociadas con la capacidad política del Estado para definir aspectos sustantivos del modelo de organización, gestión y atención del sistema de servicios de salud. Esta cuestión tiene una naturaleza política, ya que depende de las relaciones de poder del Estado con el resto de actores que pertenecen al sector salud. Esta temática ha sido conceptualizada en términos de la capacidad de rectoría del Estado para definir el rumbo en la construcción y aplicación de las normas institucionales del sector salud. Uno de los conflictos críticos que caracterizan las relaciones entre las autoridades sanitarias y la provisión de los servicios es la tensión latente entre regulación y autonomía de los proveedores, la cual subyace en los problemas políticos resultantes en los esfuerzos para introducir mecanismos de pago que incorporan y ponderan normas de atención y mecanismos de monitoreo en el desempeño de los servicios de salud.

En cuanto a las capacidades técnicas, los principales desafíos radican en el diseño de formas de macroasignación y transferencia de recursos con mecanismos de distribución de riesgos y medición de la producción de los servicios de salud. En este punto es posible reconocer diferentes tipos de componentes técnicos, tales como la definición de tarifas y precios relativos, así como también dimensiones de desempeño orientadas a promover cambios en los modelos de organización de servicios de salud.

Aumento y mejora del financiamiento, con equidad y eficiencia, y avance hacia la eliminación del pago directo

Este componente de la estrategia, que está asociado explícitamente con el modelo de financiamiento, se propone aumentar los recursos públicos orientados al sistema de salud procurando elevar los niveles de equidad a través de la eliminación del pago directo de los usuarios de los servicios de salud. De manera complementaria, busca mejorar la eficiencia a través de intervenciones sobre los arreglos institucionales asociados con las funciones del aseguramiento y la provisión de servicios de salud.

La reducción de la segmentación del sistema de salud permite una mejora en la eficiencia asignativa y en la equidad en el financiamiento del sistema de salud al mismo tiempo. La multiplicidad de organizaciones de aseguramiento sin un marco de regulación y compensación de riesgos y recursos tiene varios problemas asociados. En primer lugar, una mayor cantidad de organizaciones con esta función atenta contra la necesidad de alcanzar un umbral crítico de *pool* de recursos y diversidad de riesgos de salud, necesario para cumplir la función de aseguramiento. En segundo lugar, cuando diferentes organizaciones aseguradoras (o grupos de ellas) cuentan cada una con diferentes niveles de recursos, normas de cobertura, condiciones de acceso y necesidades de servicios de salud por parte de la población, se impide garantizar la equidad del financiamiento disponible. Por cierto, los sistemas de salud más segmentados generan, además, costos de transacción y de administración que atentan contra la eficiencia. La mayoría de los países de las Américas alcanzan altos niveles de segmentación e inequidad en sus sistemas de salud. Las innovaciones institucionales que generan eficiencia dinámica mediante la reducción de la segmentación en el aseguramiento dependen de la situación de cada uno de los países. La influencia de la seguridad social en salud en la segmentación requiere cambios en sus normas de aportes y contribuciones, mecanismos de redistribución, normas de cobertura y definición en el conjunto de los servicios cubiertos. Asimismo, la integración o coordinación entre el aseguramiento público (financiado con recursos fiscales provenientes de impuestos o explotación de recursos naturales) y las organizaciones de la seguridad social también contribuye a la reducción de la segmentación.

La eficiencia técnico/económica en el nivel de la organización de los servicios implica la operación de mecanismos de financiamiento y sistemas de pago que estén en línea con la necesidad de los sistemas de lograr

objetivos sanitarios. Las modificaciones en las formas de pago orientadas a transferir recursos asociados con mejoras en el desempeño de los servicios y la introducción de sistemas de medición de la *casuística* –lo cual introduce normas de servicios (clínicas y de organización de la producción) en modalidades de pago mixtas que eventualmente combinan sistemas capitados ajustados por riesgo con pagos por caso– son medidas que, acompañadas de las necesarias políticas institucionales de coordinación y planificación sanitaria, donde el territorio y la población son elementos clave, ayudan a elevar los niveles de eficiencia económica considerando la equidad en el acceso como factor central de un sistema enfocado en las necesidades de las personas y las comunidades.¹²

Los desafíos, en términos de innovaciones institucionales, van desde la creación de mecanismos de regulación sobre el aseguramiento privado y la homogenización de las normas de cobertura y calidad de los servicios, hasta la integración de los recursos financieros. Los problemas de economía política implícitos en estas innovaciones se asocian con la disputa que se produce entre la búsqueda de capacidad redistributiva de sistemas de salud, a través de la conformación de un *pool* de recursos suficiente y eficiente, y la oferta de organizaciones privadas de planes diferenciales de cobertura y acceso a los servicios de salud para sectores poblacionales con mayor capacidad contributiva y expectativas de condiciones superiores, en términos de aseguramiento y acceso a los servicios de salud.

Un ingrediente importante de las relaciones entre actores con influencia sobre estas reformas es el posicionamiento de los profesionales y corporaciones privadas con fines de lucro, cuyas funciones consisten en la provisión de bienes o servicios. En muchos casos, la medida en que la integración de organizaciones de aseguramiento público mejora la capacidad de negociación en la compra de servicios para definir mejores precios (reducción de costos al sistema de salud) y mayor capacidad de regulación efectiva, explica una posición de resistencia por parte de estos actores privados.

Fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud

Esta línea estratégica introduce la perspectiva de SU en un marco integrado a las políticas sociales de los Estados e incorpora la eficacia en su concepción más global, que excede con razón los límites de los sectores o sistemas de salud. En esta línea, se busca mejorar la coordinación de las políticas de salud con el resto de las políticas y acciones sociales para influir efectivamente sobre los determinantes sociales de la salud.¹³ El desa-

rollo de políticas de salud integradas al resto de las políticas sociales a través de modelos de gobernanza intersectorial puede potenciar la relación virtuosa entre eficiencia asignativa y equidad. En primer lugar, un abordaje intersectorial de las políticas de salud procura movilizar y dinamizar otros sectores institucionales para contribuir con la efectividad de las intervenciones. En segundo lugar, un abordaje integral de las problemáticas sociales permite tratar los conflictos de inequidad que subyacen en los determinantes sociales de la salud facilitando, al mismo tiempo, un diálogo virtuoso entre el mejoramiento del financiamiento de la salud y el progreso del estado de salud de la población. Esto eleva el nivel de productividad e impacta positivamente en el crecimiento económico, el cual a su vez permite mejorar los determinantes sociales y medioambientales de la salud a través de mecanismos de asignación adecuados.

Este tipo de estrategias asume como objeto institucional la relación del sector salud con el resto de las políticas sociales, en donde la introducción de nuevas estructuras y mecanismos de gobierno y gestión son atravesados por modos de gobernanza intersectoriales. Aunque el abordaje de modos de gobernanza intersectoriales ha sido ponderado en muchas ocasiones, su análisis, aplicación y evaluación en términos de eficiencia y equidad deben profundizarse. Esfuerzos en esta línea suponen no sólo una coordinación horizontal de los equipos técnicos entre áreas en diferentes niveles del gobierno y actores sociales, sino también una compleja redefinición de espacios y prácticas de intervención de diferentes equipos profesionales con implicancias en términos de los intereses y concepciones en juego.

A modo de conclusión

Para analizar diferentes aplicaciones del concepto de eficiencia en la construcción de un camino hacia la SU se tomaron los principales componentes de la estrategia de la OPS, considerando su líneas estratégicas, los niveles o conceptos de eficiencia involucrados y los arreglos institucionales que deberían servir como objeto de análisis, las intervenciones esperadas y los problemas de economía política resultantes.

El análisis, en términos de eficiencia y de su relación con la equidad de los componentes de la estrategia de SU, ofrece algunos puntos destacables. En primer lugar, cada uno de estos análisis brinda la posibilidad de abordar la eficiencia en sus distintos niveles como resultado esperado de las estrategias de intervención hacia la SU (cuadro II). Incluso estas intervenciones permiten reconocer una relación sinérgica entre mejoras de eficiencia y equidad, frente a una perspectiva centrada en una relación de *oposición* entre ambas dimensiones y

Cuadro II
LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE LA COBERTURA Y ACCESO UNIVERSAL Y LA EFICIENCIA

<i>Líneas estratégicas</i>	<i>Problemáticas</i>	<i>Dimensiones de eficiencia</i>
Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.	Problemas de organización y desempeño de los servicios de salud.	Mejorar eficiencia y efectividad a través de un sistema de servicios de salud basados en APS.
Fortalecer la rectoría y la gobernanza.	Debilidad de la autoridad rectora del Estado para definir normas (reglas de juego) del sistema de salud y garantizar su cumplimiento.	Fortalecimiento y diseño de mecanismos de regulación con incentivos para mejorar eficiencia en la provisión de los servicios.
Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo.	Deficiente financiamiento desde los gobiernos al sistema de salud, con segmentación y fragmentación.	Aumento de recursos fiscales para evitar el gasto directo y gasto mancomunado mejoran eficiencia y equidad en la función de aseguramiento. Utilización de mecanismos de pago que promuevan eficiencia y acompañen objetivos sanitarios.
Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.	Escasa integración y priorización del sector salud en el marco de las políticas sociales del Estado.	Priorizar el gasto público en salud en el marco de políticas sociales universales más efectivas y eficientes.

frente a aquellas miradas reduccionistas que entienden la eficiencia de forma lineal y bajo un solo concepto como una suma de actividades costo-efectivas en salud. Estas últimas no toman en cuenta los contextos institucionales, los procesos y el nivel de desarrollo de los sistemas de salud y tienden a ver la equidad como un elemento residual en lugar de como una meta variable del diseño y despliegue de la política pública en salud.

A pesar de los beneficios de esta mirada estratégica, es necesario considerar, en la implementación de tales intervenciones, la complejidad asociada con cuestiones de economía política relacionada con los conflictos entre actores con intereses, concepciones y valores diferentes, que se ponen en juego durante el cambio hacia la cobertura universal. Superar y dirimir estos conflictos es una condición crítica para garantizar un proceso de cambio que procure superar el *statu quo* de las estructuras institucionales de los sistemas de salud vigentes. La conformación de una acción colectiva, con involucramiento de los actores que garanticen las capacidades técnicas y políticas para hacer efectivos los cambios de los arreglos institucionales considerados para avanzar hacia la SU es un tema central que debería

ser enfatizado a la hora de ponderar intervenciones que procuran mejoras de eficiencia.

Camilo Cid, PhD,*
cidcam@paho.org
Ernesto Báscolo, PhD,†
Cristian Morales, MSc.‡

<http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i5.8182>

Referencias

1. World Health Organization. Health Systems Financing: the path to universal coverage. The World Health Report. Geneva: WHO, 2010.
2. 53° Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53. R14/FR. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66° Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, DC: OPS, 2014.
3. Reidpath D, Olafsdottir A, Pokhrel S, Alletoy P. The fallacy of the equity-efficiency trade off: rethinking the efficient health system. BMC Public Health 2012;12(suppl 1):S3. <http://doi.org/bq4j>
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el mundo: La Financiación de los Sistemas de Salud: El Camino Hacia La Cobertura Universal. Ginebra: OMS, 2010.

* Asesor Regional en Economía de la Salud y Financiamiento. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EUA.

† Asesor Regional de Gobernanza, Liderazgo, Política y Planificación. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, EUA.

‡ Representante de OPS/OMS en Cuba. Organización Panamericana de la Salud. La Habana, Cuba.

5. World Health Organization. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. Geneva:WHO, 2014.
6. Yavich N, Báscolo E, Haggerty J. Comparing the performance of the public, social security and private health subsystems in Argentina by core dimensions of primary health care. *Fam Pract* 2016;33:249-260. <http://doi.org/bq4k>
7. Hurley J. "Welfarism, Extra-welfarism and evaluative economic analysis in the health sector". In: Barer M, Getzen T, Stoddart G (eds). *Health, health care and health economics: perspectives on distribution*. New York: Jhon Wiley and Sons, 1998.
8. Cid C. Revisión de literatura y sistematización de información disponible sobre la asignación de recursos a nivel comunal. Santiago: Ministerio de Salud de Chile, 2012.
9. Ocampo JA. La búsqueda de la eficiencia dinámica: dinámica estructural y crecimiento económico en los países en desarrollo. Más allá de las reformas. *Dinámica estructural y vulnerabilidad económica*. Revista de Trabajo 2008;6(15):16-47.
10. Báscolo E. Gobernanza y economía política de las políticas de APS en América Latina. *Cien Saude Colet* 2011;16(6):2763-2772. <http://doi.org/fcw64j>
11. Ellis RP, Miller MM. Provider payment methods and incentives. In: Hegggenhougen K (ed.). *Encyclopedia of public health*. 1st ed. San Diego: Academic Press, 2008:322-329. <http://doi.org/ctw6vt>
12. Cid C, Ellis RP, Vargas V, Wasem J, Prieto L. Global risk-adjusted payment models. In: Scheffler RM (ed.). *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policy*. Vol 1. Singapore: World Scientific, 2016:311-362. <http://doi.org/bq4m>
13. García-Ramírez JA, Vélez-Álvarez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: políticas públicas implementadas. *Rev Salud Pública* 2013;15(5):731-742.