

DOCUMENTO DEL BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO

**DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL DE
SALUD Y NUTRICIÓN**

DIVISIÓN DE PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD

SEPTIEMBRE, 2016

Este documento fue preparado por: Ferdinando Regalia (SCL/SPH), Jefe de División; Frederico Guanais (SPH/CPE); Diana Pinto (SCL/SPH); Ricardo Perez-Cuevas (SPH/CME); Ignacio Astorga (SCL/SPH); Emma Iriarte (SPH/CPN); Ana Lucia Muñoz (SPH/CCO); Karolina Schantz (SCL/SPH); Martín Corredera (INO/FNP); Duval Llaguno, Montserrat Corbella, Ana Elsy Cabrera, Lourdes Gallardo y Helene Torresan (KNL/KNL); Milagros Anaya (CAN/CPE); y Sheyla Silveira (SCL/SPH) quien asistió en la producción del documento. Los autores agradecen los comentarios recibidos de los colegas del BID en las diferentes etapas de la preparación del documento.

De conformidad con la Política de Acceso a Información, el presente documento está sujeto a divulgación pública.

ÍNDICE

I.	EL DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL EN EL CONTEXTO DE LAS REGULACIONES VIGENTES Y DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL 2010-2020	1
A.	El Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición como parte de las regulaciones existentes	1
B.	El Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición y la Estrategia Institucional del BID.....	1
II.	EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA EFICACIA DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN, E IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO DEL BID	2
A.	Usuarios.....	3
B.	Prestación de Servicios.....	5
C.	Recursos Humanos.....	7
D.	Sistema de Financiamiento.....	9
E.	Tecnologías Médicas.....	12
F.	Gobernanza.....	14
III.	PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA REGIÓN	15
A.	Usuarios.....	21
B.	Prestación de Servicios.....	23
C.	Recursos Humanos.....	26
D.	Sistema de Financiamiento.....	27
E.	Tecnologías Médicas.....	31
F.	Gobernanza.....	33
IV.	LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXPERIENCIA DEL BID EN SALUD Y NUTRICIÓN	34
A.	Resultados de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)	34
B.	Lecciones aprendidas de la experiencia de las operaciones del BID.....	35
C.	Ventajas comparativas del Banco en el sector salud.....	40
V.	DIMENSIONES DEL ÉXITO Y LÍNEAS DE ACCIÓN QUE GUIARÁN LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS Y DE INVESTIGACIÓN DEL BANCO	44
A.	Dimensión del Éxito 1.....	45
B.	Dimensión del Éxito 2.....	46
C.	Dimensión del Éxito 3.....	47
D.	Dimensión del Éxito 4.....	48

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREVIATURAS

ALC	América Latina y el Caribe
APP	Asociaciones Público Privadas
APS	Atención Primaria de Salud
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
BRICS	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
CARPHA	Agencia de Salud Pública del Caribe, según sus siglas en inglés
CDC	<i>Center for Disease Control and Prevention</i>
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CLP	Cuidados de Largo Plazo
CSD	Sector de Cambio Climático y Desarrollo Sostenible, según siglas en inglés
CT/INTRA	Cooperación Técnica Intrarregional
CUS	Cobertura Universal de Salud
DALY	Años de Vida Ajustados por Discapacidad, según sus siglas en inglés
DEM	Matriz de Efectividad en el Desarrollo
DIME	Decisiones Informadas sobre Medicamentos de Alto Impacto Financiero
DIT	Desarrollo Infantil Temprano
DPT	Vacuna (<i>Diphtheria Pertussis, Tetanus</i>)
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
EDU	División de Educación
ETS	Evaluación de Tecnologías en Salud
FBR	Financiamiento Basado en Resultados
FMM	División de Gestión Fiscal y Municipal
FMP	Oficina de Servicios de Gestión Financiera para Operaciones, según sus siglas en inglés
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
GDI	División de Género y Diversidad
ICS	División de Capacidad Institucional del Estado
IETS	Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
IFD	Sector de Instituciones para el Desarrollo, según sus siglas en inglés
ISM	Iniciativa Salud Mesoamérica
LMK	División de Mercados Laborales, según sus siglas en inglés
NSG	Operaciones sin Garantía Soberana, según sus siglas en inglés
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPC	Comité de Políticas Operativas, según sus siglas en inglés
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSS	Organizaciones Sociales de Salud
PCR	<i>Project Completion Report</i>
PIB	Producto Interno Bruto
RHS	Recursos Humanos en Salud
RIAPS	Redes Integradas de Atención Primaria de Salud
SFD	Documento de Marco Sectorial, según sus siglas en inglés
SG	Operaciones con Garantía Soberana, según sus siglas en inglés
SPH	Division de Protección Social y Salud, según sus siglas en inglés
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
TMC	Transferencias Monetarias Condicionadas
UN	<i>United Nations</i>
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WSA	División de Agua y Saneamiento, según sus siglas en inglés
WHO	Organización Mundial de la Salud, según sus siglas en inglés

I. EL DOCUMENTO DE MARCO SECTORIAL EN EL CONTEXTO DE LAS REGULACIONES VIGENTES Y DE LA ESTRATEGIA INSTITUCIONAL 2010-2020

A. El Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición como parte de las regulaciones existentes

- 1.1 El presente documento reemplaza al Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición (GN-2735-3), aprobado por el Comité de Políticas Operativas (OPC, según sus siglas en inglés) el 1º de noviembre de 2013, en concordancia con lo establecido en el párrafo 1.20 del documento “Estrategias, políticas, marcos sectoriales y lineamientos en el BID” (GN-2670-1), que establece que la actualización de los Documentos de Marco Sectorial (SFD, según sus siglas en inglés) es cada tres años, de forma continua.
- 1.2 El SFD de Salud y Nutrición forma parte de los veinte SFD elaborados en el marco del documento GN-2670-1, los cuales aportan una visión integral a los retos del desarrollo en la región. Dada la extensa literatura acerca de los determinantes sociales de la salud (Berkman et al 2014), este SFD se complementa con el SFD de Educación y Desarrollo Infantil Temprano, el SFD de Protección Social y Pobreza, el SFD de Género y Diversidad, el SFD de Trabajo, el SFD de Agua y Saneamiento, el SFD de Seguridad Alimentaria, el SFD de Desarrollo Urbano y Vivienda, el SFD de Descentralización y Gobiernos Subnacionales, el SFD de Cambio Climático, el SFD de Innovación, Ciencia y Tecnología, y el SFD de Política y Gestión Fiscal, para abordar, entre otros, los siguientes temas: Desarrollo Infantil Temprano (DIT) integral que incluye salud materno-infantil y nutrición; salud de los adolescentes, centrado en los abordajes de la problemática de la juventud en situación de vulnerabilidad; la adaptación cultural de los servicios por género y etnia; las dinámicas del mercado laboral relacionadas con la seguridad social; la evolución de los programas de alivio de la pobreza y servicios de cuidado para personas en situación de dependencia; enfermedades ligadas a disponibilidad y calidad de servicios de agua y saneamiento; las inversiones para el desarrollo de espacios urbanos saludables en ciudades sostenibles; aspectos de nutrición vinculados a la seguridad alimentaria; las condiciones de vivienda y movilidad urbana; los efectos del cambio climático en los determinantes de la salud; innovaciones en telesalud y telemedicina; y la eficiencia del gasto en salud. Igualmente, este SFD está enmarcado en las cinco estrategias sectoriales del Banco, en particular se relaciona con la Estrategia para una Política Social Favorable a la Igualdad y la Productividad (GN-2588-4).

B. El Documento de Marco Sectorial de Salud y Nutrición y la Estrategia Institucional del BID

- 1.3 El SFD de Salud y Nutrición es consistente con la Actualización de la Estrategia Institucional 2010-2020 (AB-3008), la cual reconoce a la exclusión social y la desigualdad y los bajos niveles de productividad e innovación como desafíos estructurales y emergentes del desarrollo de la región que el Banco debe enfrentar. Este SFD orienta el trabajo del Banco en la maximización del capital humano en la vida productiva, y en el bienestar en todas las etapas de la vida, considerando que las intervenciones de salud tienen un rol clave en la calidad de

vida desde el embarazo, la primera infancia, la infancia, la juventud, la edad adulta, la madurez, y la vejez, así como en la dignidad ante la muerte.

II. EVIDENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA EFICACIA DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN, E IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO DEL BID

- 2.1 La evidencia económica confirma que el estado de salud se asocia con el crecimiento y la productividad.** Un mejor estado de salud poblacional es un fin en sí mismo y es un componente central de la calidad de vida. Además, la literatura económica concluye que el estado de salud de la población es un determinante del crecimiento económico (Bloom et al 2013). Este nexo se da por medio de la asociación directa entre mejor salud y mayor productividad, generando menor depreciación del capital humano (Barro 2013). La literatura de salud pública complementa esta evidencia mediante estudios que identifican la asociación entre mala salud y baja productividad, debido a mortalidad prematura, ausentismo por licencia de enfermedad, reducción de la capacidad del empleado ante su trabajo, o discapacidad (Krol y Brouwer 2014; Quazi 2013). Una revisión sistemática acerca del impacto de las enfermedades crónicas en la productividad (Chaker et al 2015) reporta que los costos totales de pérdida de productividad por mortalidad prematura y discapacidad por cáncer de mama y colon en los Estados Unidos ascienden anualmente a US\$5,5 y US\$20,9 mil millones, respectivamente; la enfermedad cardiovascular cuesta a la economía australiana US\$13,2 mil millones anualmente; la enfermedad renal crónica reduce la probabilidad de participación en la fuerza laboral en casi ocho veces; y casi el 40% de los empleados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tuvieron que dejar de trabajar debido a la enfermedad. En 36 países, donde vive el 80% de la población mundial, los días de productividad perdida como consecuencia de depresión y ansiedad podrían equivaler a 50 millones de años de trabajo, que cuesta a estas economías US\$925 mil millones (Chisholm et al 2016).
- 2.2 Existe un creciente consenso político sobre la necesidad de avanzar hacia la cobertura universal de salud** (Horton y Das 2014; Atun et al 2015; Vega y Frenz 2015). La evidencia muestra una asociación positiva entre mayor cobertura de servicios de salud, mejores resultados en salud y menores niveles de mortalidad (Moreno-Serra y Smith 2015). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la cobertura universal como el resultado deseado del funcionamiento del sistema de salud que se logra cuando cualquier persona que necesite acceder a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) pueda hacerlo, sin que ello suponga dificultades financieras (Organización Mundial de la Salud –WHO, 2014). La Cobertura Universal de Salud (CUS) es parte del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, *“lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas, seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”* (United Nations –UN, 2015), y por lo tanto este compromiso direccionará la agenda de políticas públicas de salud en el ámbito internacional.

- 2.3 **Un sistema de salud se define a partir de las variables o componentes causales interdependientes que explican los resultados en salud poblacional.** El ámbito de acción de un sistema de salud se circunscribe a todas aquellas intervenciones cuyo propósito es promover, restaurar o mantener la salud, y que inciden en los factores de riesgo para la salud y el acceso a servicios de salud. Para realizar dichas intervenciones, los sistemas de salud llevan a cabo las siguientes funciones, independientemente de la manera como estén organizados: (i) proveen servicios; (ii) gestionan recursos humanos, físicos y tecnológicos; (iii) recaudan y asignan recursos financieros; y (iv) ejercen el liderazgo y la gobernanza dentro y fuera del sector salud. Tomando como base un enfoque sistémico (Papanicolas y Smith 2013), este SFD considera seis elementos interdependientes del sistema de salud: (i) usuarios; (ii) prestación de servicios; (iii) recursos humanos; (iv) sistema de financiamiento; (v) tecnologías médicas; y (vi) gobernanza. Este marco conceptual sirve para organizar la evidencia internacional sobre sistemas de salud y los principales desafíos de la región, y como referencia para la definición de las dimensiones del éxito. Para obtener mejores resultados de salud de la población con equidad, protección financiera y sostenibilidad, es necesario intervenir de forma coherente y simultánea en estos componentes causales de los sistemas de salud.
- 2.4 A continuación, se presenta evidencia internacional sobre la eficiencia y eficacia de políticas y programas de salud y nutrición para cada uno de los seis componentes de los sistemas de salud¹.
- A. Usuarios. Para que las personas cuiden de su salud, es necesario superar barreras socioeconómicas, de género, etnia y factores culturales.**
- 2.5 **Los usuarios corresponsables en el cuidado de su salud contribuyen a mejorarla.** Los usuarios de los servicios de salud que son más participativos están mejor informados y son corresponsables de su cuidado, contribuyen a la mejora de su estado de salud y generan menos costos a los sistemas de salud, como consecuencia del cambio de su comportamiento hacia la adopción de hábitos saludables y la búsqueda informada de servicios de salud (Hibbard y Greene 2013). La mayor participación de los usuarios se logra con la toma de decisiones explícita entre el personal de salud y los usuarios, la provisión de información balanceada de los riesgos y beneficios, y la ayuda para que los usuarios clarifiquen lo que es más importante en su contexto particular (Witteman 2015; Shay y Lafata 2015). Los servicios de salud centrados en el usuario promueven el empoderamiento en la toma de decisiones relacionadas con el auto-cuidado, la adquisición de hábitos saludables, la búsqueda oportuna de atención médica, y la adherencia a las recomendaciones, tratamientos y cuidados paliativos.
- 2.6 **Los hogares más pobres enfrentan doble desventaja al estar más expuestos a factores de riesgo para la salud y a su vez tener menor acceso a los servicios.** Para los hogares más pobres, asumir la corresponsabilidad por

¹ Las referencias utilizadas son la mejor evidencia disponible, según los criterios de actualidad, impacto, relevancia, y calidad del estudio, con énfasis en la literatura académica revisada por pares (*peer-reviewed journals*).

su salud implica superar desafíos importantes. Las personas de menor ingreso tienen un menor nivel educativo y están más expuestas a condiciones adversas de vivienda, agua y saneamiento, e inseguridad alimentaria, y por lo cual están en mayor riesgo de enfermedades, y éstas a su vez contribuyen a perpetuar el ciclo de pobreza-enfermedad (Chung et al 2016). Por otro lado, las personas más pobres enfrentan múltiples barreras de acceso a servicios de salud y sus necesidades de salud no se cubren íntegramente (Di Cesare et al 2013). Para los grupos vulnerables, las enfermedades crónicas causan conflicto de prioridades en las personas, tales como decidir si compran alimentos o cubren el costo de la atención médica periódica (Gucciardi et al 2014). La asistencia a consultas médicas también tiene barreras económicas, como son el costo de la consulta, medicamentos y transporte, o el costo de oportunidad por pérdida de días de trabajo (Emmerick 2015).

- 2.7 **Las intervenciones para reducir barreras económicas y el uso de incentivos a la demanda pueden mejorar la utilización de servicios, especialmente los preventivos.** Los programas de Transferencias Monetarias Condicionadas (TMC) muestran efectos positivos en el uso de los servicios de salud preventivos (Quiñones R, 2016); en Brasil, Colombia, Honduras, Jamaica, México y Nicaragua se ha reportado que los TMC contribuyen a que los niños logren un mejor estado de salud y menor morbilidad (Molina-Millan et al 2016; Rasella et al 2013; Guanais 2013). Un aspecto comúnmente no contemplado en los programas de TMC es la utilización de incentivos específicos a la demanda para el incremento de parto institucional. Por esa razón, la Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM) está conduciendo evaluaciones de impacto de los pagos a mujeres embarazadas para incentivar el uso de partos institucionales en Nicaragua y en Chiapas, México. En Chiapas, se identificó que los costos de transporte pueden ser una barrera más importante para el parto institucional, aun en lugares donde se creía que los aspectos culturales eran más relevantes (Tristao et al 2015).
- 2.8 **Más allá del ingreso, el nivel de utilización de servicios preventivos también depende de factores relacionados a los usuarios, al personal de salud y la comunidad.** Entre los factores relacionados a los usuarios, se ha identificado la influencia de las características individuales como pueden ser edad, sexo, nivel educativo y etnia. Las mujeres utilizan servicios de prevención y diagnóstico con más frecuencia, mientras que los hombres hacen mayor utilización de servicios de emergencia (Arruda 2016). Las minorías étnicas utilizan menos los servicios de prevención, por ejemplo, mamografías (Kempe et al 2013) y, en algunos casos, la población indígena reporta poca satisfacción con los servicios disponibles y desdeña los tratamientos que no valoran sus saberes y costumbres (King et al 2009). Otro factor es la escasa información en temas de salud que los usuarios y las comunidades tienen, y que se refleja en limitaciones en su capacidad de obtener, procesar y entender información básica para tomar decisiones apropiadas con respecto a su salud, incluyendo las habilidades para utilizar y negociar con el sistema de salud (Batterham 2016).
- 2.9 **Las estrategias preventivas exitosas identifican los principales obstáculos y elementos facilitadores para lograr una intervención óptima.** En este sentido, es fundamental considerar los aspectos relacionados a las creencias, conocimientos, actitudes y motivaciones, tanto del personal de salud como de los usuarios y la comunidad (Rubio-Valera et al 2014). Por ejemplo, en varios

países, los agentes comunitarios son el vínculo entre la población y los servicios de salud; su participación ha aumentado la utilización de servicios preventivos, el control de enfermedades crónicas y la disminución de la mortalidad infantil, en contextos disímiles como España, Brasil, Honduras, Estados Unidos y el sur de Asia (González et al, 2016).

B. Prestación de Servicios. La organización de los servicios de salud en redes integradas, favorece el acceso de la población a servicios de calidad y promueve una prestación eficiente.

- 2.10 **Un enfoque de redes integradas de atención primaria de salud es una herramienta para lograr una atención continua, coordinada y sin rupturas.** La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia para que la prestación de servicios de salud se enfoque en la promoción de la salud y la atención preventiva, y ofrezca acceso integral oportuno y a lo largo del tiempo a servicios de calidad para la mayoría de las necesidades de salud de una población definida (Vilaça Mendes 2013; Pelone et al 2013). Aplicar esta estrategia de forma efectiva requiere que los servicios de salud se presten de manera continua, coordinada y sin rupturas a lo largo del tiempo y a través de los diferentes proveedores y niveles de complejidad del sistema de salud (Valentijn et al 2013). Este es el fundamento para impulsar la conformación de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS) (Organización Panamericana de la Salud-OPS 2010; OPS 2007), un enfoque bajo el cual los servicios de salud se gestionan y se entregan de manera que asegure que las personas reciban, de forma continua y con énfasis en la prevención, todas las etapas del cuidado de salud en los diferentes niveles y lugares de atención y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su ciclo de vida, incluyendo: la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, el manejo de enfermedades, la rehabilitación y los cuidados al final de la vida (WHO 2015a). La existencia de una organización responsable de la gestión de la red que considere sus dimensiones clínicas, administrativas y financieras, contribuye a la continuidad de cuidados, la supervisión de los establecimientos y la integración de los servicios (Mehta et al 2016; Sellappans et al 2015; Nicholson et al 2013).
- 2.11 **Un primer nivel de atención que enfatiza la prevención favorece mejores resultados de salud.** La atención primaria en un contexto de red integrada sirve no solo de “puerta de entrada” al sistema de salud, sino que es el nivel que resuelve el mayor volumen de problemas de salud. Esto permite orientar los servicios hacia la prevención y así detectar y disminuir riesgos o problemas de salud de manera oportuna (Vasan et al 2013; Grunfeld et al 2013), y resolver la mayoría de los problemas de salud antes de que se agudicen. Algunos estudios realizados en Estados Unidos, la Unión Europea, y varios países de América Latina y el Caribe (ALC), han documentado la asociación entre experiencias de atención con énfasis en la prevención y la reducción de la mortalidad general e infantil, la reducción de hospitalizaciones evitables y la mejor expectativa de vida (Hansen et al 2015; Kringos 2013b). Asimismo, la atención primaria cumple un rol relevante en el manejo de la morbilidad general, control y seguimiento de pacientes crónicos y provisión de cuidados paliativos, reduciendo la demanda de atención hospitalaria (Comin-Colet et al 2014).

- 2.12 **La racionalización de las funciones de los hospitales y su integración en redes de atención puede resultar en mejor cuidado a menores costos.** En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), uno de los principales cambios en las funciones hospitalarias ha sido el incremento del uso de cirugías ambulatorias –las que no requieren de hospitalización– en función del desarrollo de técnicas menos invasivas y mejores anestésicos (OCDE 2015). En Bélgica, Finlandia y Canadá, más del 70% de las cirugías para amigdalotomía fueron ambulatorias en 2013. Dichas innovaciones han mejorado la seguridad de los pacientes y los resultados en la salud y, frecuentemente, han reducido el costo unitario de la intervención, así como han logrado una mejor integración entre servicios hospitalarios, atención especializada y atención primaria (Lewis 2015). La integración de hospitales con la red clínica permite dirigir a los pacientes a los prestadores más indicados para cada condición, evitando hospitalizaciones innecesarias, así como la mejora de los cuidados pre y post hospitalización. Este proceso reduce la demanda de camas y la duración de las estancias hospitalarias, y mejora la calidad de los cuidados, disminuyendo las infecciones intrahospitalarias y las re-hospitalizaciones por complicaciones (Mascia et al 2015).
- 2.13 **La interacción entre los sectores público y privado juega un papel clave en la provisión de bienes y servicios de salud.** El sector privado, con y sin fines de lucro, es un importante actor en el área de salud. Su participación incluye la provisión de medicamentos, insumos, equipamiento, y construcción de servicios asistenciales que permiten complementar las acciones de salud del sector público. La contratación de bienes y servicios al sector privado en un mercado competitivo, dentro de un marco regulatorio adecuado y estándares de calidad (ver ¶3.22), son estrategias que los gobiernos utilizan para responder a sus mandatos de política pública.
- 2.14 **A nivel internacional, el sector público se encuentra desarrollando opciones que le permitan compartir los riesgos de gestión de los servicios de salud con el sector privado.** Estos esquemas van desde la contratación del sector privado sin fines de lucro, hasta las Asociaciones Público Privadas (APP) para la provisión de servicios. En Brasil, las Organizaciones Sociales de Salud (OSS), sin fines de lucro, han sido contratadas de manera extensiva para entregar servicios al sector público o para administrar establecimientos públicos, mostrando mayores niveles de eficiencia y menores tiempos de respuesta que los modelos de gestión tradicional (LaForgia 2009). Las APP se distinguen de otros instrumentos de relacionamiento público-privado en que el sector privado asume riesgos explícitos por un largo plazo (más de 10 años).
- 2.15 **Las APP han demostrado su fortaleza respecto a los modelos tradicionales de contratación en términos de proveer infraestructura, equipo o servicios en plazos menores.** Por ello, las APP pueden generar mayor eficiencia en el uso de los recursos, mejorando los niveles de satisfacción de usuarios y profesionales de salud, con un costo final similar al modelo tradicional² (Alonso

² En la definición utilizada en este documento, el modelo tradicional de contratación se caracteriza por la adquisición, por parte del gobierno, de infraestructura o de servicios específicos, cuya cantidad y calidad son precisas y la selección es realizada por un proceso de licitación (Burger y Hawkesworth 2011).

et al 2015). Sin embargo, el modelo APP exige una alta capacidad de planificación y gestión de parte del Estado, de manera que seleccione, diseñe y gestione proyectos que permitan que el sector privado incorpore eficiencia e innovación al proceso (Jomo et al 2016). Además, para preservar su sostenibilidad fiscal, el Estado debe considerar los impactos fiscales de largo plazo en el presupuesto público de los proyectos de APP en todos los sectores (Romero 2015). La evaluación de valor por dinero (“*value for money*”) permite seleccionar los proyectos que pueden beneficiarse de un modelo de APP (Roehrich et al 2014).

2.16 **El cambio climático y los desastres naturales requieren de una red de salud resiliente.** Los hospitales, por ejemplo, son edificaciones con una importante huella de carbono ya que funcionan de manera continua todo el año, aplican estándares rigurosos de climatización y llevan a cabo numerosos procesos industriales con alto consumo de energía (Dhillon et al 2015; Pollard et al 2014). En el Reino Unido se estima que los hospitales representan un 25% de las emisiones del sector público, por ello han elaborado una estrategia de largo plazo para reducirlas, la que contempla el reemplazo de equipos de generación de calor y energía, mejoras del aislamiento térmico y cambios en los límites de temperatura ambiente (NHS *Carbon Reduction Strategy Update*, 2009). El cambio climático también debe aumentar la frecuencia y magnitud de eventos meteorológicos extremos, lo que puede crear riesgos a la infraestructura de salud. Por consecuencia, es creciente la proposición de actualización en las normas de construcción y operación de hospitales para promover la resiliencia, que aunque incrementen costos de construcción en el corto plazo, deben generar efectos netos positivos por ahorros en operación, mantenimiento y reposición en el largo plazo (Paterson et al 2014). Finalmente, se espera que los patrones de cambio climático generen un incremento en los riesgos de malnutrición, incidencia de enfermedades transmitidas por vectores, paludismo, estrés calórico, entre otras patologías, por los cuales se recomienda el fortalecimiento de los servicios para los grupos más vulnerables (OMS 2014b).

C. **Recursos Humanos. Para alcanzar la cobertura universal, políticas integradas de formación y retención de profesionales se deben combinar con innovaciones en gestión y en tecnología para aumentar su productividad.**

2.17 **Una política integrada e intersectorial de Recursos Humanos en Salud (RHS) es esencial para el logro de una cobertura efectiva de servicios de salud de calidad.** Una revisión de las experiencias de Brasil, Ghana, México y Tailandia concluye que: (i) los RHS son esenciales para expandir la cobertura de los servicios y el plan de beneficios de salud; (ii) el logro de la cobertura efectiva requiere de estrategias que integren disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los RHS; y (iii) para alcanzar buenos resultados de los RHS es imprescindible contar con la asociación de actores dentro y fuera del sector salud (Campbell 2013). Esa perspectiva introduce una mirada integral a las políticas de RHS, al considerar que en la ausencia de políticas y financiamiento adecuados para los RHS las demás inversiones en el sistema de salud no alcanzarán los resultados esperados, y que la cobertura de servicios con alta calidad requiere de esfuerzos de largo plazo de planificación, gestión y acción intersectorial –especialmente con el sector de educación y formación

profesional. En la posguerra, el Gobierno de Japón adoptó una estrategia gradual que primero aumentó la oferta de programas rápidos de formación de RHS, para luego concentrarse en la mejoría de la calidad mediante educación continuada y exámenes de licenciatura (Akashi 2015). En Australia, la utilización de herramientas para la planeación estratégica del personal de salud recientemente identificó la necesidad de reformas coordinadas entre el gobierno, las asociaciones profesionales y el sector educativo para lograr una fuerza laboral sostenible (Crettenden et al 2014).

- 2.18 **La organización de los profesionales de la salud en equipos multidisciplinares mejora la efectividad del cuidado, la seguridad de los pacientes y la productividad de los RHS.** La provisión de servicios de salud es más efectiva y orientada a la seguridad de los pacientes cuando combina el trabajo en equipo de profesionales de diferentes disciplinas (Cumin et al 2014). Además, la perspectiva del trabajo en equipo incrementa la resiliencia de los sistemas de salud o ante shocks derivados de epidemias y catástrofes naturales. La colaboración entre médicos, enfermeros, nutricionistas, asistentes clínicos y agentes comunitarios de salud, aumenta la productividad de los profesionales de salud al facilitar la continuidad de la atención y propiciar mejor asistencia a los pacientes en un modelo de atención primaria de alta calidad (ver ¶2.10). El cambio de tareas (*task-shifting*) es un abordaje complementario para aumentar la productividad del trabajo multidisciplinario, mediante la redistribución racional de tareas entre los equipos de salud del personal más calificado al personal menos calificado (Tsolekile et al 2015). El cambio de tareas tiene resultados favorables en intervenciones como el acceso a servicios de salud materna y del recién nacido en países de escasos recursos (Floyd et al 2016), para una administración más eficaz de antiretrovirales con VIH-SIDA (Mdege et al 2012), y para aumentar la productividad de los RHS en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión (Joshi et al 2014).
- 2.19 **El uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) puede ayudar a superar cuellos de botella de RHS, al hacer algunos procesos más eficientes, superar barreras geográficas, liberar tiempo de los profesionales y apoyar en su capacitación.** La telesalud y la telemedicina pasaron de ser una novedad tecnológica a un componente esencial de los servicios de salud. La telesalud consiste en el uso de las TIC para apoyar un amplio conjunto de acciones a distancia, que incluyen: el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, la vigilancia y promoción de la salud, las intervenciones de salud pública, el entrenamiento de pacientes y la capacitación de profesionales. Desde la perspectiva del personal de salud, la telesalud puede ayudar, por ejemplo, a mantener e incrementar sus habilidades y conocimientos frente a la complejidad de las tareas que deben desarrollar en la provisión de los servicios (Nesbit 2013). La telemedicina es un concepto más específico y se refiere a la aplicación de las TIC a los servicios clínicos (Papali 2016). La telemedicina puede incrementar la disponibilidad de recursos médicos mediante la optimización de los procesos de atención y el acercamiento de especialistas a las localidades lejanas por medio de teleconsulta (Wilson y Maeder 2015). La telemedicina está generando cambios en los modelos tradicionales de atención, por ejemplo, al acompañamiento y monitoreo constante de pacientes con insuficiencia cardíaca crónica (Martín-Lesende et al 2013). Aunque las recientes tendencias de la telemedicina estén dirigidas a su expansión, a la reducción de

sus costos, y a la diversificación de los servicios, es necesario, para su implementación, superar desafíos tecnológicos, regulatorios y organizacionales (Dinesen et al 2016).

- D. Sistema de Financiamiento. Un buen sistema de financiamiento recauda los recursos suficientes para lograr los objetivos del sistema de salud, minimizando las consecuencias adversas sobre los factores determinantes de la productividad y el crecimiento de las economías.**

2.20 **Las funciones del sistema de financiamiento interactúan para el logro de los objetivos del sistema de salud.** Las funciones de un sistema de financiamiento comprenden: el recaudo de los recursos financieros para la salud, la forma como estos recursos se acumulan o mancomunan en fondos o “*pooles*” para cubrir el riesgo de una población determinada, la compra de servicios que incluye mecanismos para la asignación de recursos y el pago a los proveedores finales (Kutzin et al 2010, Hsiao et al 2007). El sistema de financiamiento influye directamente sobre el objetivo de proteger a las personas del riesgo de empobrecer por problemas de salud, y en lograr equidad en las contribuciones monetarias de sus usuarios. El diseño del sistema también afecta en forma directa, interactuando con los demás componentes del sistema de salud; otros objetivos intermedios e instrumentales para mejorar la salud son: (i) promover la provisión y uso equitativo de servicios; (ii) mejorar la transparencia y rendición de cuentas; (iii) promover la calidad en la provisión de servicios; y (iv) mejorar la eficiencia en la organización, provisión y en la gestión del sistema de salud (Kutzin 2013). La forma como las funciones de financiamiento conducen al logro de los objetivos del sistema de salud se explican a continuación.

2.21 **El esquema de recaudo debe promover la eficiencia económica de forma equitativa y sostenible.** Convencionalmente, el recaudo de recursos para la salud proviene de tres fuentes: (i) financiación pública con recursos de impuestos generales o de destinación específica; (ii) esquemas de seguridad social contributivos; y (iii) financiación privada que incluye pagos a seguros de salud comerciales, cuentas de ahorro individual o pago de bolsillo por servicios. La selección de la mezcla óptima de fuentes de financiamiento debe guiarse por los siguientes criterios (Kutzin et al 2016); primero, evitar distorsiones en el mercado de trabajo que puedan surgir como consecuencia de limitar las oportunidades de movilidad laboral para no perder la afiliación a un seguro o de generar desincentivos a las contribuciones formales (Levy y Schady 2013) con potenciales consecuencias negativas sobre el crecimiento del sector formal de la economía, la productividad, y en última instancia, sobre la maximización del recaudo para la financiación pública de la salud. El segundo criterio es la equidad, que se logra cuando todas las personas contribuyen a financiar el gasto en salud de manera proporcional a su capacidad de pago. El tercer criterio es la viabilidad administrativa de recolectar las fuentes potenciales, tanto en el mediano como en el largo plazo. Aunque sigue siendo particular al contexto macroeconómico, social e institucional de cada país, la experiencia internacional muestra que los países están convergiendo a sistemas de recaudo mixtos, en los cuales se combinan esquemas contributivos con impuestos generales e impuestos de destinación específica, cobrados sobre diferentes tipos de bases impositivas, dejando la financiación privada para seguros complementarios (Fan y Savedoff 2014).

- 2.22 **Un sistema de salud que ofrece protección financiera, es aquel donde ninguna familia enfrenta un gasto catastrófico y todos contribuyen de acuerdo a su capacidad financiera, en forma independiente de sus necesidades en salud.** El tamaño relativo del gasto público y privado en salud, sobre todo el componente de gasto de bolsillo, determina el grado de protección financiera y la posibilidad de acceder a los servicios. Se ha documentado una relación inversa entre los niveles de gasto de bolsillo y el riesgo para los hogares de empobrecer o enfrentar una catástrofe financiera (gasto en salud por encima de una fracción establecida del ingreso total). Un estudio en 89 países encuentra que el riesgo del gasto catastrófico o de empobrecimiento es bajo cuando el gasto de bolsillo representa menos del 20% del gasto total en salud (Xu et al 2010), y también encuentra que existe una correlación positiva entre protección financiera y el aumento del gasto público en salud en relación al Producto Interno Bruto (PIB), sobre todo cuando este porcentaje es bajo. Los países que han logrado minimizar el nivel de financiación proveniente de gasto de bolsillo, tienen el prepago como norma, por medio de contribuciones obligatorias a la seguridad social y/o subsidios públicos para los más pobres (Fan y Savedoff 2014).
- 2.23 **La forma en que se mancomunan los recursos de salud puede mejorar la equidad.** Una vez que se realiza el recaudo de los recursos, existe la opción de mancomunar las diferentes fuentes en un sólo fondo o *pool* nacional, o de mantenerlos en *pooles* de riesgo separados (con o sin mecanismos de compensación o de transferencias entre fondos de poblaciones de riesgos distintos). La conformación de *pooles* de mayor tamaño que abarcan diversos grupos de población (ricos y pobres, sanos y enfermos), afecta de manera positiva el grado de protección financiera, la equidad en la distribución de los recursos, la capacidad de los sistemas de salud de generar incentivos para la eficiencia en la organización de servicios, y la eficiencia administrativa en general (Kutzin 2012). Un análisis que utiliza datos de 153 países en el periodo 2008-15, indica que la expansión de cobertura de salud mediante mayor gasto de fondos públicos mancomunados se asocia a menores tasas de mortalidad infantil y adulta: en promedio, un incremento del 10% en gasto en salud per cápita, proveniente de la mancomunación de recursos públicos, resulta en reducciones de 7,9 muertes por 1.000 en menores de 5 años, y de 1,3 muertes por 1.000 en adultos, siendo el efecto mayor en países de bajos y medianos ingresos (Moreno-Serra y Smith 2015).
- 2.24 **La ineficiencia en el sector salud es un obstáculo a la cobertura universal.** La ineficiencia en la asignación abarca decisiones que obtienen poco valor por dinero, como el gasto en tratamientos de alto costo para prolongar la vida un par de meses. La ineficiencia técnica implica desperdicio de recursos durante el proceso de producción, tales como duplicación de pruebas, readmisiones evitables, estancias prolongadas y excesos en los costes unitarios. En salud, la ineficiencia es un motivo de alarma por varias razones (Smith 2012). En primer lugar, se niegan los beneficios plenos en salud que las personas pueden obtener al recibir el mejor cuidado posible dados los recursos disponibles. Segundo, el gasto excesivo de recursos en tratamientos de poco valor terapéutico, o realizados de forma ineficiente, impide el acceso a tratamientos y ganancias en salud para los demás pacientes. Tercero, hay un costo de oportunidad para la inversión pública en otros sectores. Por último, el desperdicio que resulta de la

atención ineficiente puede reducir la disposición de la sociedad para contribuir a la financiación de los servicios de salud, perjudicando así la solidaridad social, el desempeño del sistema de salud, y el bienestar social.

- 2.25 **Se calcula que a nivel mundial múltiples causas generan un desperdicio de 20% a 40% de los recursos de salud** (Chisholm y Evans 2010). A nivel mundial, algunas causas comunes de ineficiencia en el sector salud son la asignación de recursos para problemas de salud de poblaciones no prioritarias, la desconexión entre las necesidades de la población y la oferta de servicios, problemas de gestión para la compra de servicios y medicamentos, la ausencia de normas de manejo clínico, la selección de intervenciones no costo-efectivas, los sobrecostos de insumos y personal, y el fraude y la corrupción (Smith 2012, Hussmann 2012, Chisholm y Evans 2010).
- 2.26 **La experiencia global demuestra que existen una serie de opciones para mejorar la eficiencia del gasto público en salud.** Tomando como referente las estrategias para mejorar la eficiencia adoptada por la OCDE (OCDE 2010; Smith 2012) y las experiencias en la región de ALC, las opciones de política se concentran en fortalecer los sistemas de financiamiento, en particular la función de compra, la evaluación de tecnologías en salud y la priorización explícita (ver ¶2.31). A nivel de la organización de los servicios públicos de salud, el desarrollo de redes integradas basadas en atención primaria (ver ¶2.10) puede contribuir a incrementar la eficiencia en el uso de los recursos. Asimismo, existen oportunidades de mejorar la eficiencia técnica de los servicios a través de intervenciones como la centralización de servicios de apoyo al diagnóstico, tales como laboratorio e imagenología. Además, son muy pocos los países de la región que orientan su planeación presupuestaria y planes de financiamiento de mediano plazo con base en evidencias. Por ello, resulta esencial mejorar los fundamentos analíticos y los sistemas de información para posibilitar una planeación y asignación de los recursos en salud con base en metas de producción, calidad o resultados sanitarios ajustados por riesgo (ver ¶2.27 y ¶2.28).
- 2.27 **El financiamiento influye directamente sobre la eficiencia a través de la función de compra de bienes y servicios.** La función de compra es el proceso de asignación de recursos a los proveedores de servicios. Para fomentar la eficiencia, la literatura especializada en financiamiento promueve la implementación de modelos proactivos de compra estratégica o “relación calidad-precio” (*value for money*) en los cuales las decisiones sobre el tipo de intervenciones que serán financiadas se basan en prioridades en salud y evidencia de costo-efectividad (ver ¶2.31), los proveedores se seleccionan según su nivel relativo de calidad y eficiencia, y los mecanismos de pago promueven la calidad (OMS 2010, Smith 2009, Figueras et al 2005). Estos modelos representan opciones para cerrar la brecha entre la planeación en salud y la asignación presupuestal de los recursos, aunque se encuentren en una etapa temprana de desarrollo.
- 2.28 **Los mecanismos de pago pueden dirigirse a premiar la calidad, garantizando la provisión de servicios pertinentes, efectivos y acordes a las preferencias de los usuarios.** El Financiamiento Basado en Resultados (FBR) es un término genérico para describir cualquier esquema en el que la

financiación está vinculada con un desempeño definido (O'Brien y Kanbur 2014). En el sector salud, los esquemas de FBR se han utilizado en relaciones contractuales dentro y entre los sectores público y privado, y presentan una amplia variación en cuanto al tipo y el nivel de pago (monetario, bienes materiales u otros reconocimientos), a quién se paga (jurisdicciones nacionales o subnacionales, proveedores de salud, hogares, pacientes) y qué se recompensa (productos o resultados). El FBR se ha promovido para aumentar la producción de servicios prioritarios, acelerar la adopción de innovaciones en las políticas públicas en salud, aumentar la calidad de la atención, o aumentar la mayor eficiencia y productividad de proveedores de servicios de salud (MacArthur et al 2014). El FBR también puede ser un instrumento para lograr mayor equidad en la medida en que se proveen incentivos para la atención de la población más vulnerable, como es el caso de Argentina con el Programa Sumar, anteriormente Plan Nacer (Cortez y Romero 2013) o de la ISM en los ocho países de la región mesoamericana (ver ¶4.25 y ¶4.26).

E. Tecnologías Médicas. El crecimiento en los costos en salud requiere mecanismos para regular la oferta y la demanda de tecnologías médicas.

2.29 **La tecnología es uno de los principales determinantes del incremento en el gasto en salud.** A nivel agregado, los determinantes más importantes del crecimiento del gasto en salud son el efecto demográfico, el efecto ingreso, los cambios en los precios relativos (precios de los servicios de salud que superan la inflación general), y la introducción de nuevas tecnologías médicas (De la Maisonneuve y Oliveira 2013). Una revisión de la literatura encontró que el estimado de la participación de las nuevas tecnologías médicas en el crecimiento total del gasto de salud varía de un 25% a un 75% (Sorenson et al 2013). De acuerdo con un estudio detallado de la distribución de costos en Holanda, la variación en los costos de la tecnología farmacéutica no es uniforme, y la tasa de crecimiento en los costos es más acentuada en la parte superior de la distribución de gastos (de Meijer et al 2013). Por lo tanto, el envejecimiento deberá potencializar los efectos de introducción de nuevas tecnologías como determinante del gasto.

2.30 **Las decisiones sobre qué financiar con recursos públicos no siempre están orientadas a cubrir los servicios y tecnologías que tienen mayor impacto sobre el bienestar y la salud de la población.** La consideración de los criterios de menor costo y mayor impacto en salud en las decisiones de financiamiento puede ser un instrumento para lograr eficiencia y equidad (ver ¶2.26) (Smith y Yip 2016). Ya que la tecnología es una de las grandes fuerzas que impulsan el aumento de los costos, y dadas las circunstancias de restricción presupuestaria global, sólo aquellas tecnologías que producen mejoras significativas deberían ser totalmente financiadas con fondos públicos. A nivel mundial está bien documentada la existencia de un desbalance entre inversiones en tecnologías de punta (que no siempre son costo-efectivas) y la asignación de recursos a servicios básicos de alto impacto y bajo costo. Varios estudios muestran también que existirían formas más eficientes para abordar algunos de los principales problemas de salud. Por ejemplo, los países de ingresos bajos y medios podrían ahorrar respectivamente un 16% y un 35% del costo de ganar un año de vida, si optimizaran la mezcla actual de servicios para la prevención y tratamiento del cáncer de cuello uterino (Ginsberg, 2009).

2.31 **Existen múltiples herramientas para mejorar la eficiencia en la asignación del gasto en salud.** La mayoría de los países de ingresos medios y altos han optado por desarrollar sistemas de priorización explícita que usan una combinación de herramientas para influenciar el tipo y la cantidad de las tecnologías médicas que financian con recursos públicos, así como los precios que pagan por ellos con el fin de racionalizar el gasto en salud. Una de estas medidas, cuyo uso crece a nivel internacional, es la definición de los servicios que se cubren o no con recursos públicos a través del establecimiento de listas positivas o negativas explícitas. En la mayoría de países de la OCDE, donde el gasto en medicamentos constituye, en promedio, 18% del presupuesto de salud (OCDE 2015), se ejerce la implementación de procesos de negociación/compra centralizada de los precios de medicamentos o la regulación de precios con diversos métodos (ver Cuadro 1). Otras medidas se orientan a fomentar un uso racional de tecnologías por parte de los médicos mediante campañas de información clínica independiente, guías o incentivos.

Cuadro 1. Medidas de política para control de gastos en medicamentos.

Medida de política	Descripción de la medida	Referencia
Precios de referencia	Comparación de precios de medicamentos en diferentes regiones para aumentar el poder de negociación.	Kaiser et al 2014
Precio según su efectividad comparada	Imposición de límite al precio de un nuevo medicamento; sólo puede ser mayor al de su homólogo terapéutico en el mercado si ofrece una ventaja médica comparativa.	Diogène y Figueras 2011, Criteria 2016a
Compras agregadas	Compras centralizadas para lograr mayor poder de negociación y mayores eficiencias en la logística.	Boyle 2011
Uso de genéricos	Utilización de medicamentos que no están protegidos por derechos de propiedad intelectual.	Kaplan 2012
Influencia en prescripción	Incentivos financieros, presupuestos fijos para el gasto en medicamentos, y provisión de información que busca fomentar el uso racional de medicamentos por los médicos.	Criteria 2016b

Fuente: Elaboración propia.

2.32 **La evidencia que proviene de evaluaciones de tecnologías tiene potencial para cambiar prácticas rutinarias por tecnologías menos costosas y con mejores resultados.** Las políticas para racionalizar el gasto en salud y lograr una asignación más eficiente precisan de Evaluaciones de Tecnologías Sanitarias (ETS) que proveen información integral sobre las características técnicas de una tecnología sanitaria, su seguridad, eficacia y efectividad clínica, costos, costo-efectividad, implicancias organizacionales, consecuencias sociales y consideraciones éticas y legales de su aplicación. Invertir en agencias que generen información para tomar decisiones de cobertura basadas en la evidencia, tiene un potencial para ahorrar recursos que luego se podrían usar para financiar otras inversiones requeridas para mejorar la salud de la población. Por ejemplo, una sola recomendación acerca del tratamiento de cáncer cervical emitida a partir de estudios de una agencia del Gobierno Tailandés para evaluación de tecnologías, generó ahorros al sistema de salud que superaron

con creces los gastos de operación de la institución desde su creación (Glassman and Chalkidou 2012).

F. Gobernanza. El logro creciente de resultados sanitarios se relaciona a mejores técnicas gerenciales, aumento de eficiencia en el sector salud y coordinación intersectorial.

2.33 **Mejorar la capacidad gerencial es esencial para optimizar el desempeño y la eficiencia de los sistemas de salud.** En casi todos los países de ingresos medianos y altos, la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas asociada al contexto de restricciones fiscales, hacen necesario un mayor desarrollo de las competencias de las autoridades sanitarias en los aspectos de planeación estratégica, gestión del cambio, gerenciamiento de costos, instrumentos de logística y la evaluación del desempeño (Bengoa 2013). En los países de altos ingresos existe un creciente interés en el desarrollo y en la aplicación de métodos gerenciales, a la gestión de redes sanitarias, para aumentar el valor generado por la atención de la salud (Porter y Lee 2013, 2015). En países de bajos y medianos ingresos, donde las restricciones presupuestales son más fuertes, la función de gestión debería tener un rol todavía más importante (Bradley et al 2015).

2.34 **El *Big Data*³ y la inteligencia sanitaria tienen el potencial para aumentar la eficiencia del sector salud, pero todavía existen desafíos para materializarlos.** Se estima que los ahorros asociados a la utilización de técnicas automatizadas de análisis de grandes bases de datos ("*Big Data*") para la industria de salud de Estados Unidos, puede superar los US\$300 mil millones al año (McKinsey 2011). Las ganancias en eficiencia provienen, por ejemplo, de la posibilidad de generar inteligencia sanitaria a partir de la conexión de diferentes fuentes de información. Algunos ejemplos son la historia clínica electrónica de los pacientes, los registros de pagos a proveedores y datos epidemiológicos actualizados para lograr la identificación temprana de las mejores estrategias de prevención, las mejores formas de gestionar los casos de enfermos crónicos, entre otros⁴ (Groves et al 2013). El *Big Data* también puede ser una herramienta de detección de pandemias y amenazas a la salud de la población antes de que se materialicen (French y Mykhalovskiy 2012). Sin embargo, hay grandes desafíos técnicos y organizacionales para que la creciente disponibilidad de datos digitales en el sector salud se convierta en ganancias efectivas. Entre estos desafíos se encuentran los requisitos de infraestructura de tecnología de la información, herramientas analíticas y de visualización de datos, procesos de trabajo, confidencialidad y privacidad, y establecimiento de estándares y gobernanza (Roski et al 2014; Raghupathi y Raghupathi 2014; Belle et al 2015).

2.35 **El éxito para controlar la epidemia de enfermedades crónicas también depende de innovaciones y medidas que están fuera del sector salud.** El Caribe ha asumido el liderazgo mundial en concientización sobre la importancia

³ "*Big Data*" se refiere a bases de datos cuyo tamaño va más allá de la capacidad que las herramientas típicas de análisis de datos tienen para capturar, almacenar, gestionar y analizar (McKinsey 2011).

⁴ Por ejemplo, un cambio en la calidad del aire puede generar un alerta a que los proveedores contacten preventivamente a sus pacientes asmáticos, o el cruce de las informaciones de historia clínica y pago a proveedores puede indicar qué pacientes son usuarios frecuentes de los servicios.

de controlar las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), y en resaltar la importancia de promover acciones integradas de diferentes sectores para controlar esa epidemia. La Declaración de Port-of-Spain de la Comunidad del Caribe en 2007, motivó la convocatoria de la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre ECNT en 2011, y también resultó en políticas intersectoriales y poblacionales por medio de alianzas estratégicas entre los sectores público, privado y la sociedad civil con el fin de promover hábitos saludables para control de factores de riesgo de enfermedades crónicas (Samuels y Fraser 2010, UN 2010). En España, Reino Unido, Holanda, entre otros, la integración entre los servicios sociales y sanitarios es un enfoque que se está consolidando para brindar cuidados de largo plazo menos costosos y de mejor calidad para pacientes crónicos, adultos mayores y poblaciones vulnerables (O'Toole et al 2016; Toro Polanco et al 2014). En el campo de las medidas económicas, a pesar de las potenciales distorsiones generadas por los impuestos aplicados a artículos específicos, hay ejemplos exitosos de la aplicación de la utilización de tributos para reducción del consumo de tabaco en diversos países de ALC (Guindon et al 2015) y del alcohol en algunos Estados de los Estados Unidos (Staras et al 2016; Naimi et al 2016). Más recientemente, la estrategia de tributación de bebidas azucaradas, como medida de salud pública, fue implementada en algunos Estados en EEUU y en México (Falbe et al 2015; Stern et al 2014), (ver ¶3.43). Finalmente, las intervenciones basadas en la comunidad ofrecen posibilidades de innovación de la política de salud, sea por intermedio de educación en salud, leyes y normas, o por los hallazgos de la economía del comportamiento, mediante medidas como añadir información de calorías en los menús (Pinto et al 2014). A continuación se presentan algunas de las recomendaciones emitidas por el *Community Preventive Services Task Force* del Departamento de Salud de Estados Unidos.

Cuadro 2. Recomendaciones de medidas de política basada en la comunidad

Objetivo de la intervención	Medida de política recomendada	Fecha de la recomendación
Prevención del consumo excesivo de alcohol	Limitación del horario de venta de alcohol	Junio 2008
Prevención del cáncer de piel	Enfoques educativos en sitios recreativos y de turismo	Agosto 2014
Prevención de lesiones por accidentes de vehículos	Obligatoriedad de utilización de cascos por conductores de motocicletas	Agosto 2013
Prevención y control de la obesidad	Intervenciones comportamentales para reducir el tiempo sedentario de pantalla entre niños	Agosto 2014
Reducción de uso y exposición secundaria al tabaco	Intervenciones para aumentar el precio unitario de tabaco	Noviembre 2012

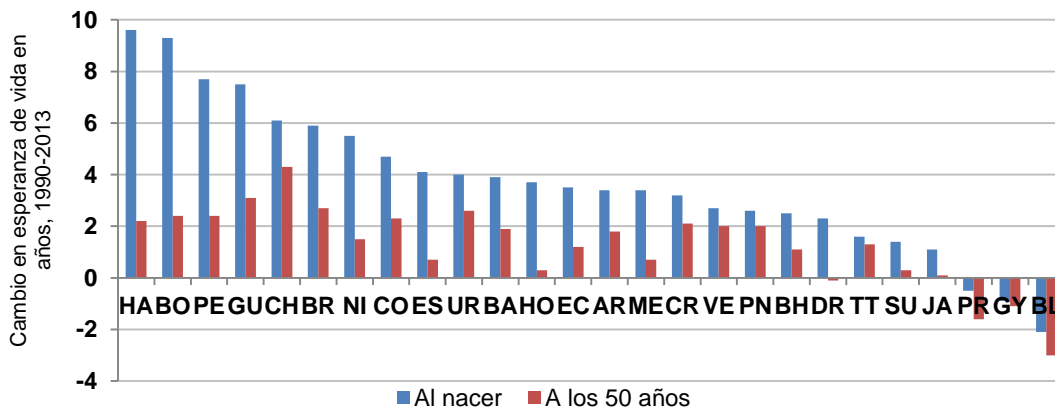
Fuente: *Community Preventive Services Task Force* 2016.

III. PRINCIPALES DESAFÍOS DE LA REGIÓN

- 3.1 **El envejecimiento es el rasgo demográfico más sobresaliente de las próximas décadas.** En comparación con el mundo desarrollado, el proceso de envejecimiento en ALC ha evolucionado a un ritmo más acelerado. Entre 1990 y 2014 la proporción de adultos de más de 65 años en la población pasó de 4,8%

a 7,4%, y se espera que llegue a 26% en 2050 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL 2015). La esperanza de vida al nacer ha aumentado gracias a la reducción de la mortalidad en la niñez. No obstante, las ganancias respecto a la esperanza de vida a los 50 años son menores en la mayoría de los países de la región, lo que sugiere deficiencias en el manejo de las enfermedades crónicas y otros problemas que afectan a los adultos mayores (ver Gráfico 1)⁵. El proceso de envejecimiento conlleva a nuevos requerimientos, tanto en la cantidad como en el tipo de servicios de salud, en particular de Cuidados de Largo Plazo (CLP) (ver ¶3.11).

Gráfico 1. Cambio en la esperanza de vida al nacer y a los 50 años de edad en países prestatarios del BID, entre 1990 y 2013



Fuente: elaboración propia con datos de *Global Burden of Disease (GBD) Study 2013*.

- 3.2 **Los países de la región enfrentan un perfil epidemiológico de complejidad creciente.** Las tasas de mortalidad por las enfermedades transmisibles se han reducido considerablemente en las últimas décadas. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y la malaria siguen teniendo importancia en el Caribe (Figueroa 2008; De Boni et al 2014), y la Tuberculosis (TB) en algunos países como Haití y Bolivia. Por otro lado, se han manifestado con mayor frecuencia epidemias de enfermedades infecciosas, tales como dengue, chikungunya, influenza y, más recientemente, Zika, poniendo de manifiesto el déficit en las estrategias de control vectorial y capacidad de atención de estas emergencias. Las evaluaciones del cumplimiento del reglamento sanitario internacional en la región han identificado oportunidades de mejora en la capacidad de diagnóstico oportuno, disponibilidad de insumos, sistemas de vigilancia y contención, y personal entrenado (OPS 2014).
- 3.3 **En la reducción de la mortalidad en los niños, han habido grandes avances pero persisten retos en el período neonatal y en la mortalidad materna.** La región logró progresos muy importantes en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en salud de los niños (CEPAL, 2015)⁶. Sin embargo, aunque la tasa de mortalidad neonatal para la región se redujo de

⁵ [Datos de esperanza de vida en los países miembros prestatarios del BID.](#)

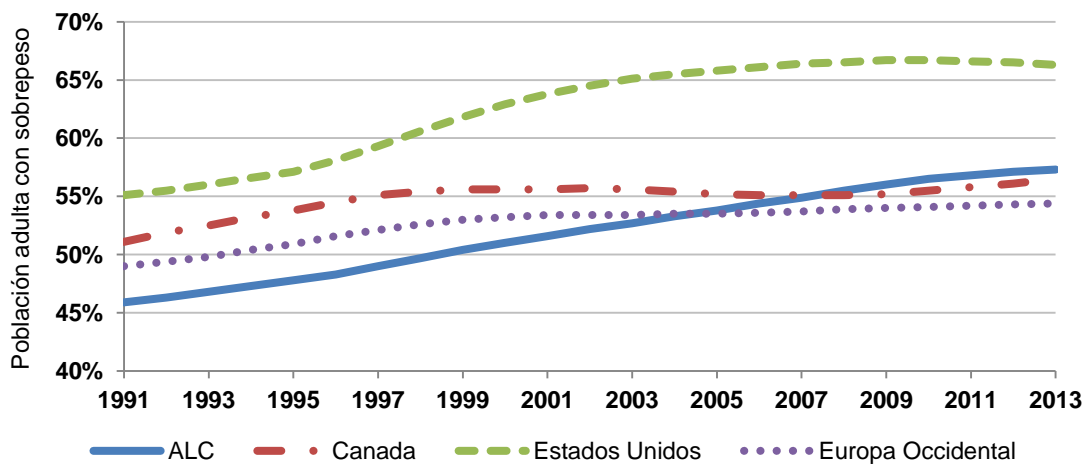
⁶ [Indicadores de salud de los ODM en los países miembros prestatarios del BID y progreso regional en el avance de las metas.](#)

22 en 1990 a 9,3 por 1.000 nacidos vivos (NV), en 2015, la proporción relativa de mortalidad infantil que ocurre durante el periodo neonatal ha aumentado en los últimos 20 años (Banco Mundial-BM 2015). Esto es un desafío ya que las causas principales de la mortalidad neonatal como el parto prematuro, bajo peso al nacer y las complicaciones del parto, requieren intervenciones más complejas (Berezin 2014). Si bien la mortalidad materna en la región ha disminuido en los últimos 20 años, no se llegó a la meta ODM de reducirla en 75%, lo que requiere reforzar la calidad de los servicios. El promedio estimado para ALC de mortalidad materna en 2015 fue de 67 defunciones por 100.000 NV, y persisten desigualdades entre y dentro de los países (BM 2015). Un gran número de estas muertes podrían evitarse con la aplicación de protocolos de atención prenatal, atención de calidad durante el parto, cuidados obstétricos de emergencia y servicios de salud sexual y reproductiva. La reducción de la tasa de embarazo adolescente también ha sido lenta, el valor de este indicador para la región es 83,7 por mil mujeres entre 15-19 años, casi 5 veces el valor en países desarrollados, lo que genera riesgos sanitarios, económicos y sociales en este grupo etario (Restrepo-Méndez 2015; Conde-Agudelo 2005).

- 3.4 **La juventud se ve afectada por la creciente mortalidad y morbilidad por causas externas, especialmente la violencia.** Los principales problemas de salud de los jóvenes incluyen enfermedades mentales, lesiones y las consecuencias en la salud de conductas riesgosas, tales como el tabaquismo, abuso del alcohol, drogadicción, conductas sexuales inseguras, dieta inadecuada y actividad física reducida. Ya se mencionó que las tasas de embarazo adolescente en la región son alarmantes. En muchos países de la región, y a medida que avanza la urbanización, se registra un aumento de la mortalidad de la población adulta joven, en especial de los hombres, como consecuencia de un incremento generalizado de la violencia interpersonal y accidentes de tránsito. Estos dos problemas están entre las primeras dos causas de mortalidad entre los adolescentes. En la región también se registra una alta prevalencia de violencia contra niñas y mujeres. Un estudio de doce países de ALC encuentra que el porcentaje de mujeres que sufrieron agresiones de sus parejas varía de un 17% a un 53,3% (Bott et al 2012).
- 3.5 **En la región, los problemas de sobrepeso y obesidad crecen entre todos los grupos de edad, y la persistencia de la desnutrición crónica infantil en algunos países contribuye a esa tendencia.** Se estima que, en 2013, las tasas de sobrepeso en niños y adolescentes en Argentina, Costa Rica y Uruguay eran de 26,4%, 29,0%, y 34,4%, respectivamente. Entre 1991 y 2013, la prevalencia de sobrepeso en ALC se incrementó del 45,6% al 57,3% (ver Gráfico 2), y en ese último año más de 60% de los adultos tenían sobrepeso y más de 25% tenían obesidad en las Bahamas, Barbados, Belice, Chile, México, Paraguay y Trinidad y Tobago (GBD 2013). Al mismo tiempo, la persistente desnutrición infantil crónica en la región es un factor de riesgo que se vincula con sobrepeso, obesidad y la incidencia de enfermedades crónicas en la edad adulta. Se estima que en 2014, 11,7% de los niños de ALC presentaban desnutrición crónica, y el porcentaje es todavía mayor entre la población más pobre (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia –UNICEF 2015). Los porcentajes más elevados de la desnutrición crónica se observan en Guatemala (48%) y Ecuador (25,3%) (Rivera et al 2014), aunque existen avances en muchos países asociados a mejoras simultáneas en los indicadores de nutrición,

agua y saneamiento, ingreso familiar, y acceso a servicios de salud (Levinson et al 2013). En Perú, la prevalencia de desnutrición crónica se redujo de 29,8% a 17,5% entre 2005 y 2013 (Mejía Acosta y Haddad 2013; UNICEF 2015); y en Brasil disminuyó de 37% a 7% entre 1974 y 2007 (Monteiro et al 2010). Con la transición nutricional en la región se ve la paradoja de desnutrición junto con sobrepeso y obesidad en el mismo individuo, a lo largo del tiempo y en la misma familia. Por ejemplo, se observan patrones en los cuales altos índices de desnutrición crónica en los primeros años de vida –factor responsable de la baja estatura– están asociados a altos índice de masa corporal en edad escolar. Por otro lado, el fenómeno de la doble carga de desnutrición y sobrepeso (por ejemplo, un niño con desnutrición crónica y una madre con sobrepeso) está documentado en Guatemala (donde hay una prevalencia de 20%), Ecuador (8%) y México (6%) (Rivera et al 2014). Además, en ALC el sedentarismo contribuye al sobrepeso. Un estudio comparativo de las seis regiones de la OMS encuentra que los niveles de actividad física en las Américas son los más bajos del mundo (Hallal et al 2012).

Gráfico 2. Prevalencia de sobrepeso en la población adulta en países y regiones seleccionadas, entre 1990 y 2013



Fuente: Elaboración propia con datos de GBD 2013.

3.6 **En ALC, las ECNT son la principal causa de mortalidad y discapacidad.** En 2013 en la región, el 74% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad medida en Años de Vida Ajustados por Discapacidad⁷ (DALY, según sus siglas en inglés) se atribuye a las condiciones crónicas (Murray et al 2015). Dentro de las principales causas de muerte están las enfermedades cardiovasculares, cánceres, diabetes/enfermedades endocrinas y enfermedades respiratorias. De igual manera, las cinco principales causas de DALY eran condiciones crónicas: enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales y abuso de sustancias, cáncer y diabetes⁸. Los trastornos mentales en todos los grupos etarios cobran

⁷ Los DALY consisten en una métrica para medir la carga total de enfermedades, que corresponde a la suma de años de vida perdidos por muertes prematuras y discapacidad.

⁸ [Distribución de carga de enfermedades en los países miembros prestatarios del BID.](#)

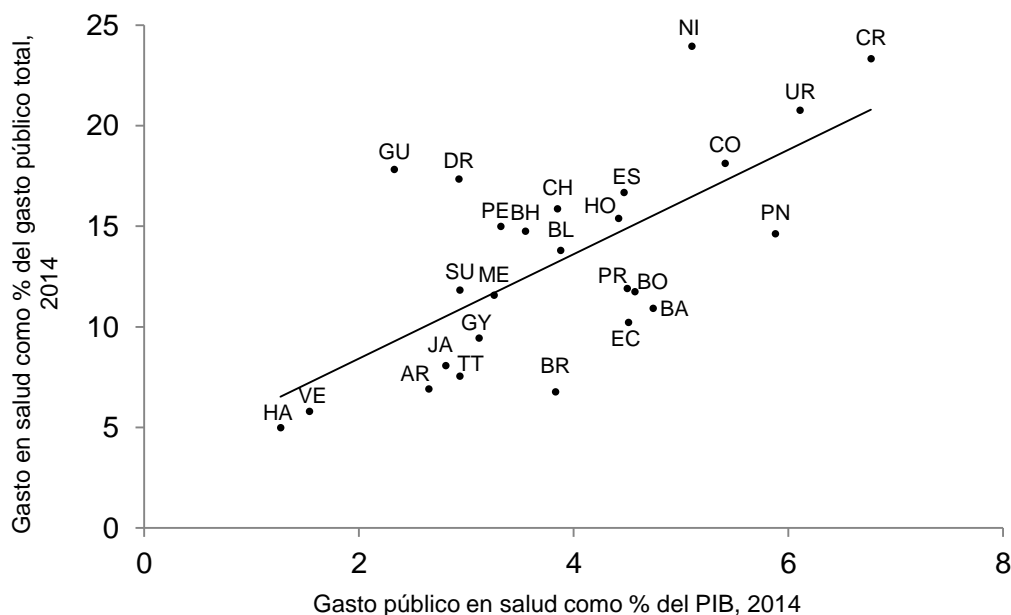
cada vez más importancia, y los países de ALC enfrentan retos técnicos y organizacionales para introducir intervenciones de atención a la salud mental dentro de su cartera de servicios para responder a esta necesidad (Caldas de Almeida, 2013).

- 3.7 **La carga de enfermedad ocasionada por las ECNT pone de manifiesto la necesidad de mejorar su detección y de implementar un tratamiento adecuado.** Solo el 21,1% de la población total con hipertensión en Chile, Argentina y Uruguay sabe de su condición y la tiene controlada. Se estima que el 27,4% de los diabéticos en Argentina no saben de su condición, y entre los que ya recibieron un diagnóstico, un 50% de la población total y un 70% de la población en las provincias más pobres, son clasificados como pobremente controlados por su nivel glicémico (Rubinstein et al 2015). En Colombia, la proporción de personas con hipertensión y/o diabetes que recibe tratamiento está por debajo de 50% en todos los grupos poblacionales, y el porcentaje es aún más bajo entre los de menor nivel educativo (Di Cesare et al 2013). En el caso de salud mental, más de 58% y 71% de las personas en ALC con depresión mayor y uso de alcohol, respectivamente, necesitan tratamiento pero no han tenido acceso al mismo (OPS 2009). En el caso del cáncer, las tasas de supervivencia en ALC son menores que en los países de altos ingresos, debido en gran parte a la falta de detección temprana. Por ejemplo, se estima que la supervivencia a cinco años de pacientes con cáncer de mama en ALC es 20% más baja que en los Estados Unidos y Europa Occidental (Goss et al 2013). De hecho, la supervivencia en ALC puede estar sobreestimada, porque los países de más bajos recursos de la región muchas veces no cuentan con registros de cáncer o las estadísticas vitales tienen registros muy incompletos.
- 3.8 **Persisten brechas en los indicadores de salud entre los países, las áreas geográficas, el género, la raza, la etnia y el nivel socioeconómico.** Mientras en Chile la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años se aproxima a las tasas de los países desarrollados (8,1 por 1.000 NV), la tasa estimada en Bolivia es 38,4 por 1.000 NV (BM 2015). Al desagregar los indicadores nacionales, se evidencian inequidades en salud por región y estado socioeconómico; en la región, la probabilidad de morir antes de cumplir los cinco años es tres veces más elevada en el 20% de los hogares más pobres que en el 20% de los hogares más ricos (CEPAL 2010). Las personas pobres están más expuestas a factores de riesgo y tienen una carga de enfermedad por ECNT más elevada que las personas con altos ingresos (Di Cesare et al 2013, Stevens et al 2008). Las disparidades regionales y por condición socioeconómica también se relacionan con las inequidades raciales y étnicas en la salud. Por ejemplo, la esperanza de vida de la población afrodescendiente era seis años menor a la de la población blanca en Brasil en 2008 (Paixão et al 2010), y en ALC la mortalidad materna en mujeres indígenas es tres veces mayor al promedio de la región (Cordero Muñoz et al 2010).
- 3.9 **En la región se observa un importante crecimiento en la cobertura de los servicios, sin embargo, persisten retos sobre su calidad.** El progreso de la región en indicadores de cobertura ha sido muy importante: salud reproductiva y neonatal: planificación familiar (80%), atención prenatal (78%) y del parto por personal calificado (95%); inmunizaciones: DPT (*Diphtheria Pertussis, Tetanus*) (85%); tratamiento de enfermedades infecciosas: tuberculosis (58%) y terapia

antirretroviral (45%); e indicadores de los determinantes sociales: agua (90%) e instalaciones sanitarias (80%) (WHO 2015b). Sin embargo, para evaluar mejor esos resultados sería necesario contar con datos de cobertura efectiva, que no solamente incluyan a las personas que recibieron los servicios, sino que tomen en cuenta la calidad de los servicios otorgados.

3.10 El gasto público en salud absorbe una porción importante de los presupuestos gubernamentales en ALC. A nivel global y en ALC, durante las últimas tres décadas hubo un incremento del gasto en salud como consecuencia de los siguientes factores: (i) envejecimiento poblacional; (ii) incremento de la incidencia de ECNT; (iii) mejoras del nivel socioeconómico en asociación con mayor demanda de servicios de salud; (iv) implementación de reformas dirigidas a la CUS; y (v) desarrollo y adopción de avances tecnológicos. En los países de la OCDE, el valor del gasto público en salud es de 17,9% del gasto público total y 7,7% del PIB; mientras que en los países prestatarios del Banco, el valor del gasto público en salud es de 13,3% del gasto público total y 3,9% del PIB, con una gran heterogeneidad entre los países (ver Gráfico 3)⁹.

Gráfico 3. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total y del PIB en los países prestatarios del Banco, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos de WHO *National Health Accounts*.

3.11 El crecimiento del gasto público en asistencia sanitaria y en CLP continuará. A nivel global, la aceleración del proceso de envejecimiento incrementará los gastos en asistencia sanitaria y en CLP para los adultos mayores. El gasto en CLP incluye servicios de salud (cuidados paliativos, de enfermería, cuidados por parte de la familia), y servicios sociales (ayuda doméstica y cuidados residenciales). Proyecciones realizadas para los países

⁹ [Composición del gasto en salud en los países miembros prestatarios del BID.](#)

miembros de la OCDE y los países BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica) proveen estimaciones del crecimiento del gasto público en atención en salud en general y en CLP bajo dos escenarios: uno que supone ausencia de intervenciones de política para la contención de costos, y otro que incorpora medidas tales como controles a la adopción de tecnologías, o cambios en incentivos institucionales (de la Maisonneuve y Oliveira 2013). Estos estudios indican que el crecimiento del gasto público en salud en los países de ALC sería superior al promedio observado en la OCDE. Para los países de la OCDE entre 2010 y 2060, se prevé un aumento del gasto entre 3,3 a 7,7 pp del PIB en los escenarios con y sin contención de costos, respectivamente. En el mismo periodo, los incrementos del gasto estimados para Brasil, Chile y México en el escenario con contención de costos serían de 4,0 pp, 4,7 pp, y 4,5 pp, respectivamente; y en el escenario sin contención de costos llegarían a 8,2 pp, 9,3 pp y 9,1 pp, respectivamente.

3.12 **Frente a un panorama macroeconómico y fiscal más desafiante en la región, el énfasis en eficiencia en el gasto de salud es todavía más importante para avanzar hacia la cobertura universal.** Las previsiones económicas para la región indican una desaceleración para gran parte de los países. En un marco de fuertes restricciones presupuestales, en ALC así como a nivel global, será necesario enfocarse en un conjunto de estrategias dirigidas a mejorar la eficiencia en la asignación de recursos (escoger el conjunto de intervenciones que logren los mejores resultados posibles en salud), así como la eficiencia técnica (implementar estas intervenciones de forma correcta) para poder avanzar hacia la CUS.

3.13 Siguiendo la misma organización temática de la sección anterior, a continuación se presentan los principales desafíos que enfrentan los países de ALC para aumentar la eficiencia y eficacia de sus políticas y programas de salud y nutrición.

A. Usuarios. La población vulnerable enfrenta barreras adicionales para utilizar los servicios y mantener un adecuado estado de salud.

3.14 **El incremento de las ECNT entre los más pobres es resultado de una mayor exposición a factores de riesgo y de una baja utilización de servicios preventivos.** La reducción de la mortalidad infantil y el mayor control de enfermedades infecciosas han mejorado la equidad en los resultados de salud en la mayoría de los países de la región (ver ¶3.3). Sin embargo, una nueva manifestación de inequidad es la mayor incidencia de ECNT observada en la población más pobre. Esto es resultado de que esta población tiene mayor exposición a los factores de riesgo para ECNT, tales como obesidad y tabaquismo, y tiene menor acceso a servicios de salud con la continuidad y regularidad necesaria para la detección temprana o el manejo adecuado de condiciones, como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares (Goss et al 2013).

3.15 **Existe espacio para la mejora de las estrategias que aumenten la corresponsabilidad y la concientización de las personas en el autocuidado de salud** (Sapag et al 2010). Entre estas estrategias se encuentra la utilización de herramientas de telemedicina para el control de enfermedades crónicas, que

faciliten la comunicación entre los usuarios y el personal de salud para la toma de decisiones en conjunto acerca del tratamiento asignado al paciente, proporcionando así educación respecto a la enfermedad, su autocuidado, y compartiendo los datos clínicos (ver ¶2.19). Dichas estrategias han demostrado una cierta efectividad, por ejemplo, en el manejo de la diabetes (Hsu et al 2016). En el caso del cáncer, iniciativas de organizaciones no-gubernamentales con base en plataformas de participación comunitaria, han logrado aumentar la concientización y el nivel de conocimiento de la población acerca del cáncer de mama y cuello uterino en Argentina, México, Nicaragua y Perú (Strasser-Weippl et al 2015).

- 3.16 **Las intervenciones direccionadas a la demanda han generado impactos positivos en la salud materno-infantil y se podrían explorar para las ECNT.** En los últimos años, algunos estudios identificaron resultados positivos de las TMC sobre la utilización de servicios preventivos, particularmente en salud materno-infantil, aunque también se han observado beneficios en adultos mayores (Salinas-Rodríguez y Manrique-Espinoza 2013; Behrman y Parker 2013). Un conjunto de evaluaciones ha asociado programas de TMC con mayor utilización de servicios preventivos para niños en Nicaragua, Colombia, Honduras y Jamaica, vacunación de niños en Colombia, Honduras y Nicaragua, y mortalidad infantil en México (Molina-Millan 2016; Cecchini y Veras Soares 2015). Además, resultados preliminares de dos evaluaciones de impacto sobre el efecto de los incentivos a la demanda para el incremento de la cobertura de parto institucional muestran resultados muy importantes, en particular en áreas donde mayores son los rezagos de este indicador (ver ¶2.7). Sin embargo, el potencial que tienen las intervenciones dirigidas a la demanda para aumentar la utilización de servicios, para la prevención de enfermedades crónicas, ha sido poco explorada. Los programas de TMC en Bahamas y México están intentando promover este enfoque.
- 3.17 **La eliminación de barreras culturales aumenta el acceso a los servicios de salud.** Estudios realizados para el diseño de intervenciones de salud materno infantil en México, Panamá y Nicaragua y dentro de la ISM, confirman que el contexto sociocultural es relevante para entender las decisiones de las poblaciones indígenas y rurales para la utilización de los servicios. Existe nueva evidencia acerca de cómo se formulan las decisiones relacionadas con la salud, lo cual es importante para diseñar estrategias de remoción de barreras (Kolodin et al 2015). Una estrategia efectiva para aumentar el acceso es la adaptación cultural de los servicios de salud (Tucker et al 2013, Lubbock y Stephenson 2008). Estudios de caso han documentado experiencias exitosas de políticas interculturales de salud en varios países, entre ellos Chile, Colombia, Ecuador, Guatemala, Perú y Surinam (Mignone et al 2007; Gabrysch et al 2009); algunos ejemplos de adaptación cultural de servicios de salud sexual y reproductiva son la adopción del parto vertical, la autorización para la asistencia de las parteras y el acompañamiento de familiares durante el parto (Cordero Muñoz 2010).

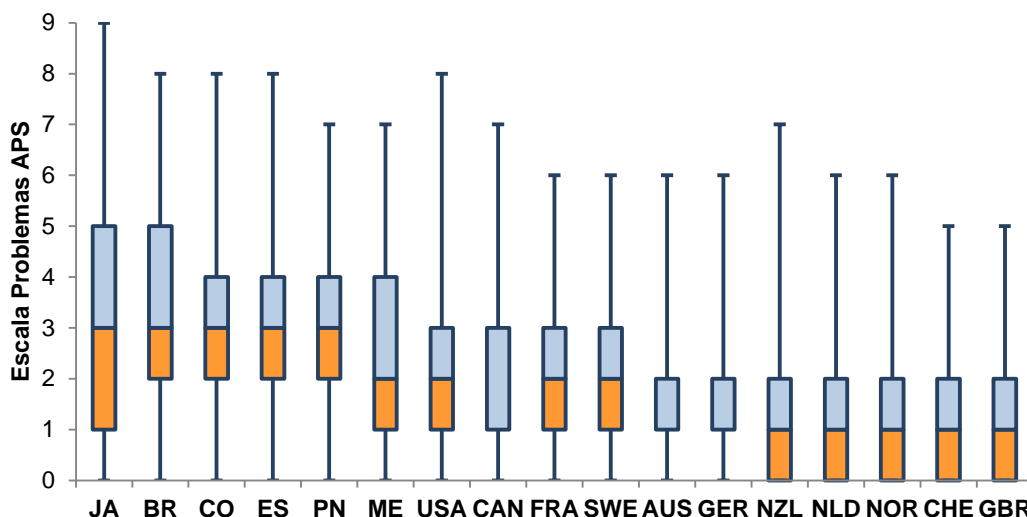
B. Prestación de Servicios. Debido a las características de los sistemas públicos de provisión de servicios sanitarios de la región, se plantean retos para organizarlos en RIAPS.

3.18 **La conformación de Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS) es un elemento común en las agendas sanitarias de los países de la región, pero existen desafíos en su implementación.** Es creciente el interés de los gobiernos de ALC en la organización de sus servicios en modelos de RIAPS. Sin embargo, los sistemas públicos de salud en la región son históricamente caracterizados por su fragmentación de prestadores, predominio de servicios hospitalarios y debilidad de los mecanismos de gestión y planificación de redes (Montenegro et al 2011). Para superar esos retos, el primer paso en países como Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador y Nicaragua, entre otros, fue una agenda de fortalecimiento de la APS con enfoque familiar y comunitario, prestación de un amplio conjunto de servicios, utilización de equipos de salud multiprofesionales, delimitación de área geográfica para prestación de servicios, y establecimiento de protocolos de referencia y contrareferencia entre APS y demás niveles del sistema (Giovannella 2015). Sin embargo, hay una gran variación en las coberturas de esos modelos de APS (por ejemplo, 36% en Paraguay y 62% en Brasil) y la cartera de prestaciones de salud de la APS también es muy heterogénea. Dentro de las escasas evaluaciones de RIAPS realizadas por los países, se destacan los resultados en Argentina que muestran que la cobertura de tratamiento continuo para hipertensión es 10 pp más alta entre la población atendida por prestadores organizados en redes, que en la población atendida por los prestadores sin redes (Cejas et al 2015). En los últimos años, el Banco viene apoyando, por intermedio de préstamos y cooperaciones técnicas, experiencias de organización, fortalecimiento y evaluación de RIAPS en Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, El Salvador, Nicaragua, Panamá y Perú, entre otros.

3.19 **A pesar de los avances, todavía hay espacio para mejorar de forma sustancial diferentes aspectos de la APS en la región.** Encuestas de usuarios realizadas por el Banco, con representatividad a nivel nacional, indagaron sobre las experiencias en cuanto al acceso, la calidad y la utilización de servicios de salud en seis países de la región (México, Colombia, Brasil, Panamá, El Salvador y Jamaica) entre 2012-2014, replicando una metodología utilizada en once países de alto ingreso en el mismo periodo (Estados Unidos, Canadá, Francia, Suecia, Australia, Alemania, Nueva Zelanda, Holanda, Noruega, Suiza, y Reino Unido) (Schoen et al 2013; Macinko y Guanais 2015). Los resultados indican que en los países de ALC incluidos en la encuesta, sólo entre el 31% y el 52 % de los usuarios del sector público reportó estar al día respecto a un conjunto mínimo de medidas de salud preventiva, en contraste con un promedio de 80% en once países de alto ingreso (Guanais et al, en prensa). Además, la calidad de los servicios de atención primaria es considerablemente más baja en ALC que los observados en los países de altos ingresos (ver Gráfico 4). Los estudios de línea de base de la ISM también ponen en evidencia la baja calidad de la APS, medida por la disponibilidad de insumos y adecuación de la infraestructura, sobre todo en las áreas de más difícil acceso de los países de la región mesoamericana (Mokdad et al 2015; Ellicott Colson et al 2015). Asimismo, un análisis cualitativo de dos programas de nutrición en la

atención primaria en Bolivia y Panamá encuentra que muchas veces los agentes comunitarios de salud no tienen los materiales necesarios y no dedican el tiempo suficiente a la consejería nutricional (Leer et al 2014).

Gráfico 4. Problemas de APS en seis países de ALC y once países de alto ingreso de la OCDE reportado por los usuarios de los servicios, 2013



Nota: El puntaje más alto indica más problemas en la APS (máx.=16 problemas). Gráfico representa: mínimo, y percentiles 25, 50, 75 y 99.

Fuente: Elaboración propia con datos de Guanais et al (en prensa).

3.20 En ALC, el fortalecimiento de la eficiencia de las RIAPS también requiere de inversiones en la gestión de los hospitales y en instrumentos para la coordinación de redes. En ALC, en promedio un 46% de los presupuestos públicos de salud en 2010 fueron destinados a los cuidados de pacientes hospitalizados, y este porcentaje es todavía superior en los países de más altos ingresos, como Barbados (64%) y Chile (82%)¹⁰. Aunque no haya revisiones sistemáticas del desempeño hospitalario en la región, estudios en algunos países como Brasil y Costa Rica indican importantes ineficiencias en hospitales públicos y privados (Morera-Salas 2015; Guerra et al 2012; Ozcan et al 2010; LaForgia y Coutolenc 2008), lo que sugiere que el éxito de una agenda de organización de RIAPS depende de mejoras en el desempeño de los hospitales. Otro tema importante es que, aunque la región presente un número creciente de experiencias de coordinación de red, la mayoría se concentra en la regulación entre oferta y demanda de servicios de urgencia y emergencia (Echeverry et al 2015). Por lo tanto, la utilización de enfoques más integrales de coordinación entre niveles del sistema (APS, mediana y alta complejidad) puede generar mayor impacto en la salud de la población.

3.21 La región presenta una infraestructura sanitaria deteriorada por su antigüedad y falta de mantenimiento, pero la planificación de las

¹⁰ WHO-NHA database.

inversiones para su reposición es limitada. Los esfuerzos de organización de RIAPS en ALC han hecho evidentes las limitaciones para contar con la plataforma de entrega de servicios necesaria para respaldar las acciones requeridas entre atención primaria, centros especializados y hospitales. Un aspecto importante a considerar es el deterioro de la infraestructura sanitaria para la prestación de servicios. Se estima que en la región exista una necesidad de inversión en infraestructura sanitaria y equipamiento de alrededor de US\$100 mil millones (Astorga, 2016). Dicha brecha está determinada mayormente por la necesidad de reponer infraestructura existente muy antigua, así como por los requerimientos de expansión de la infraestructura, de su adecuación a estándares más modernos de eficiencia energética (ver ¶2.16) y de la renovación del equipamiento médico, por lo tanto la demanda de nueva infraestructura debe ser creciente. Los proyectos de inversión deberían promover un diseño de redes que consideren cambios en la demanda (crecimiento de las ciudades, envejecimiento de la población y reducción de los nacimientos), mejoras en el modelo de atención, y que conduzca a una gestión más eficiente de la infraestructura. El Banco ha apoyado a países como Nicaragua y Perú en el desarrollo de planes maestros de inversión que dan cuenta de estas variables. Asimismo, es necesario vincular dichos planes a los ciclos de planificación presupuestaria.

- 3.22 **Las APP y los contratos para prestación privada de servicios con financiamiento público han ido ganando espacio en la región.** En ALC hay 13 contratos APP de salud operativos, 9 en construcción, 12 en licitación, y 25 en estudio, lo que da cuenta del dinamismo del proceso de APP en la región. Evaluaciones efectuadas por el BID (Alonso et al 2015) muestran que las APP en la región han presentado beneficios similares a los observados en Europa (ver ¶2.15). También se ha observado que las APP generan un “*benchmark*” para los procesos de inversión y operación tradicional, y obligan al sector salud a modernizar su capacidad de gestión de inversiones (Astorga, 2016). En la provisión de servicios, es creciente la contratación de prestadores privados con o sin ánimo de lucro para prestación de servicios clínicos con financiamiento público, como por ejemplo las organizaciones sociales de salud en muchos estados de Brasil (Barbosa et al 2015; Souza y Scatena 2013).
- 3.23 **Para lograr una utilización eficiente del instrumento de APP en el sector salud, el sector público debe fortalecer sus instrumentos de gestión.** Para utilizar este tipo de mecanismos los países enfrentan los siguientes desafíos: (i) fortalecer a la administración pública en la formulación, ejecución y seguimiento de los contratos, de manera de potenciar el ciclo de inversiones relacionado con las APP, anticipando su impacto fiscal, como por ejemplo lo que Perú está haciendo con apoyo del Banco; (ii) promover el intercambio de experiencias entre los países de manera de generar una “masa crítica experta en APP de salud” y aprender de las buenas prácticas entre los países, en especial de aquellas adecuaciones regionales al modelo de APP original del Reino Unido; (iii) fortalecer la capacidad de gestión de los riesgos retenidos por el estado que se encuentran fuera de los contratos de APP; (iv) desarrollar estrategias de comunicación que permitan informar adecuadamente a la comunidad sobre el alcance de las APP; y (v) impulsar el desarrollo coordinado de las APP y los proyectos de inversión tradicional de manera que se puedan generar una mejora general en la gestión de activos públicos. Los modelos de

contratación del sector privado para provisión de servicios con financiamiento público, típicamente por plazos más cortos que las APP tradicionales, son una alternativa más flexible en los casos en que las capacidades del sector público para lanzar proyectos de APP todavía no estén suficientemente desarrolladas.

C. Recursos Humanos. Las deficiencias en la formación, distribución y productividad de los profesionales de salud constituyen una barrera importante para la prestación de servicios de manera oportuna y con calidad.

3.24 **Un sistema de salud con énfasis en atención primaria requiere preparar profesionales para trabajo en equipos multidisciplinarios.** La realidad epidemiológica de la región y el cambio hacia la prestación de servicios de salud y nutrición a través de redes integradas de atención, requiere de ajustes a la formación, capacitación, asignación y gestión de los RHS, sobre todo dado que el enfoque de atención primaria es intensivo en recursos humanos (Nigenda et al 2013; Talbot et al 2009). Estos retos han detonado que distintos países de la región implementen políticas y programas con este enfoque, por ejemplo en Ecuador, El Salvador, Nicaragua y con el apoyo del Banco. Estos países tienen en marcha intervenciones para el fortalecimiento de sus redes de atención primaria, la implementación de modelos que integren la atención médica con perspectiva comunitaria, la implementación de innovaciones en la organización y prestación de servicios, y el reordenamiento de la capacitación de los recursos humanos para la mejora de la oferta y distribución de los profesionales de la salud en áreas remotas.

3.25 **En los niveles de mediana y alta complejidad, el sector público encuentra dificultades para la contratación y retención de médicos especialistas, así como su asignación para trabajos fuera de los grandes centros urbanos.** Los datos del observatorio regional de recursos humanos de salud dan cuenta de las disparidades de recursos humanos en ALC. El promedio de médicos por habitante en ALC es de 1,8 médicos por 1.000 habitantes, superior al promedio mundial (1,4) pero inferior al promedio de los países de alto ingreso (2,8), y con importantes variaciones entre países, de un 8,6 en Bahamas a un 0,4 en Haití (OPS 2013). Sin embargo, las densidades promedio pueden ocultar importantes problemas de distribución, composición y régimen de empleo público o privado. En la mayoría de los países, el sector público encuentra dificultades en ofrecer remuneraciones competitivas a médicos especialistas, así como también en reclutarlos para trabajos en zonas rurales (Hoyler et al 2014). Algunas estrategias que vienen siendo utilizadas en la región son los esquemas de doble práctica profesional que permiten a los médicos trabajar en los sectores público y privado, pero esas experiencias no han sido suficientemente sistematizadas y son de difícil implementación (McPake et al 2016; Jumpa et al 2007).

3.26 **En la región, hay escasa experiencia en planificación de la formación y de la distribución de los profesionales de salud.** El déficit de planificación de la oferta de infraestructura de salud en la región (ver ¶3.21) es todavía más problemático en función de la poca planificación de la formación y distribución de recursos humanos (Nigenda y Muños 2015). En varios países de la Región, el Banco está apoyando simultáneamente iniciativas de expansión de la

infraestructura sanitaria y de formación del personal, pero persisten importantes retos.

3.27 **En los organismos centrales y sub-nacionales de planificación y gestión existen carencias de profesionales con formación especializada.** Las estructuras orgánicas y procesos de contratación han privilegiado a perfiles relacionados al cuidado de la salud sobre perfiles analíticos, profesionales de la gestión y planificación, administradores, comunicadores, expertos de tecnologías de la información, entre otros (Nutley and Reynolds 2013). Por lo tanto, existen importantes desafíos para implementar sistemas de gestión modernos que permitan al sistema de salud ser más efectivo y eficiente.

3.28 **En la región, avanza la utilización de las TIC como estrategia para aumentar la productividad de los RHS, pero las iniciativas todavía no lograron aumentar en gran escala.** La utilización de telemedicina con consultas a distancia en Perú, Ecuador y Colombia brindan resultados tangibles de mejora de servicios de salud (Prieto-Egido et al 2015), y la experiencia de cursos de actualización a distancia en 15 países utilizando instrumentos de telesalud indican resultados positivos en términos de aceptabilidad y actualización de conocimientos (Dos Santos et al 2014). Por otro lado, estudios recientes de la utilización de la telefonía móvil para mejorar la salud cardiovascular en comunidades de bajos ingresos en Argentina, Guatemala y Perú indican la importancia de asociar las intervenciones a distancia con contactos personales, de llevar en consideración el perfil socioeconómico y cultural de la población atendida, y de adaptar las herramientas de TIC a las características de los sistemas de salud locales (Rubinstein et al 2016; Beratarrechea et al 2016). La implementación de esas experiencias se ha enfrentado a la necesidad de desarrollo de una plataforma adecuada que incluye el establecimiento de normas y marcos regulatorios, inversiones para preparar la infraestructura y la capacitación del personal que la estará usando, y adaptación específica a las características de los entornos socioeconómicos donde son utilizadas (Oviedo y Fernandez 2010).

D. Sistema de Financiamiento. La ineficiencia en la asignación y uso de recursos limita el avance hacia la universalización de servicios de salud con calidad y aumenta los riesgos de empobrecimiento.

3.29 **El nivel de gasto público en salud en la región puede ser insuficiente para brindar protección financiera a los hogares.** El grado de protección financiera se mide a partir de la proporción del financiamiento del sistema de salud que proviene de gasto de bolsillo y la proporción de hogares que incurren en gastos empobrecedores o catastróficos. Aunque el gasto per cápita en salud se ha duplicado entre 2002 y 2013, el gasto público como porcentaje del gasto total en ALC ha crecido poco, apenas un punto porcentual, de 12,3 a 13,3% (ver Tabla 1). En promedio, en ALC en 2013, el valor del gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total fue 33,3% (en países de la OCDE éste fue 13,6%), y en sólo cuatro países de ALC se observan valores menores a 20%. Los hogares más pobres, en áreas rurales, con niños o ancianos, tienen mayor propensión al gasto catastrófico (Grogger et al 2015). Estar asegurado se asocia a una menor probabilidad de gasto catastrófico, aunque este hallazgo no está ajustado de acuerdo a las variaciones en generosidad de los beneficios de los seguros entre

países (Wagstaff et al 2015). Programas públicos de distribución de medicamentos esenciales en Argentina y Brasil, también han obtenido logros en protección financiera y aumento de la equidad (Emmerick et al 2015; Dondo et al 2016). La evidencia anterior indica que hay espacio para mejorar la protección financiera en salud en toda la región, lo que implica contar con mayores recursos para el prepago y esquemas para la mancomunación del riesgo.

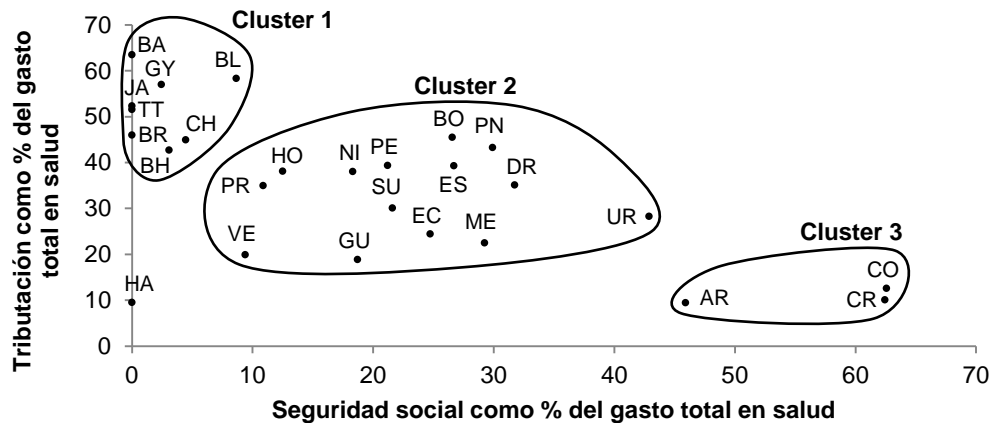
Tabla 1. Composición del gasto en salud, por región, 2002 y 2013

Descripción	Número de países	Gasto total en salud per cápita (US\$ PPP)		Gasto público en salud / gasto público (%)		Gasto de bolsillo / gasto total en salud (%)	
		2002	2013	2002	2013	2002	2013
Mundo	189	752	1.251	10,9	12,0	35,6	32,1
Asia Oriental y Pacífico	24	313	589	10,4	11,5	31,4	27,5
Europa y Asia Central	28	725	1.309	11,0	11,4	39,2	37,1
América Latina y el Caribe	32	477	848	12,3	13,3	35,3	33,3
Oriente Medio y Norte de África	19	891	1.179	8,5	8,7	38,9	33,8
Asia del Sur	8	136	321	8,3	8,3	52,4	50,3
África Sub-Sahariana	47	140	263	9,0	11,1	42,7	36,1
Altos ingresos: OCDE	31	2.362	3.832	14,3	15,6	18,8	17,9
Bajos ingresos	32	49	102	9,3	10,8	52,7	42,3
Ingresos medios bajos	48	164	310	10,0	10,2	42,2	40,4
Ingresos medios altos	54	448	861	10,7	12,5	33,4	29,7
Altos ingresos	55	1.949	3.112	12,6	13,5	22,4	21,5

Fuente: Elaboración propia con datos de WHO *National Health Accounts*.

3.30 **La fragmentación de los sistemas de financiamiento va en detrimento de la eficiencia y calidad.** En general, los sistemas para el financiamiento de la salud de la región se caracterizan por la fragmentación, con diferentes mezclas del grado de utilización de financiamiento contributivo y de impuestos generales, así como la existencia de diversos regímenes de afiliación y diferentes niveles de participación del gasto privado. Según esas variables, los países pueden ser agrupados en tres *clusters* principales de fuentes de financiamiento público al sector salud: el primer *cluster* con predominio de impuestos generales, el segundo con financiamiento mixto, y el tercero con predominio de financiamiento por seguridad social (ver Gráfico 5). Un alto nivel de fragmentación puede contribuir a la existencia de inequidades, en la medida que condiciona el acceso a los servicios al estado laboral o socioeconómico de las personas con las siguientes consecuencias: altos niveles de gasto de bolsillo, pobre protección financiera, baja posibilidad de mancomunar el riesgo e ineficiencia de asignación de recursos (Titelman et al 2014; Centrángolo 2014).

Gráfico 5. Fuentes de financiamiento público a la salud en ALC, 2014



Fuente: Elaboración propia con datos de WHO *National Health Accounts*.

3.31 **Las opciones para reducir la fragmentación en el financiamiento –recaudo y organización de la mancomunidad de riesgos– dependen del contexto de cada país.** En la última década, varios de los países de ALC con financiamiento mixto han fortalecido el sistema público-no contributivo, conservando los esquemas de seguridad social y privados existentes, pero reduciendo las brechas entre planes de beneficios de los diferentes regímenes, llegando en algunos casos a su unificación (Atun et al 2014). Como se indica en el Cuadro 3, a continuación, en el primer *cluster* predominan los países con similitudes al modelo inglés de servicio nacional de salud; en el segundo *cluster* se encuentran la mayoría de los países con modelos mixtos, y fuerte fragmentación; y en el tercer *cluster* están los pocos países donde la principal fuente pública es la seguridad social. Dadas estas tendencias, debería constituirse como una prioridad la evaluación de: (i) las potenciales ineficiencias económicas asociadas con las mezclas de financiamiento observadas (ver ¶2.24 y ¶3.10); (ii) las fortalezas y las debilidades de las alternativas de recaudo (por ejemplo, aumentar el peso de los impuestos generales y reducir el peso de las contribuciones a la nómina en el financiamiento de la salud o reexaminar la viabilidad de regímenes de contribución obligatoria según la capacidad de pago de las personas y desligados de su estatus laboral, que han sido, hasta ahora, difíciles de implementar en la región); (iii) las alternativas para la mancomunidad de recursos dada la economía política de los esquemas contributivos; y (iv) opciones institucionales e instrumentos para asignar los recursos a los aseguradores y/o prestadores con base en el perfil de riesgo de la población, lo cual representa otro desafío en varios países de la región.

Cuadro 3. Tipología de países según mezcla de fuentes para el financiamiento

Cluster 1. Predominio de impuestos generales	Cluster 2. Financiamiento mixto (contribuciones e impuestos generales)	Cluster 3. Predominio de seguridad social
<p>Sistema público unificado y universal: Brasil.</p> <p>Esquemas basados en servicios nacionales de salud: Bahamas, Barbados, Belice, Jamaica, Surinam, Trinidad y Tobago.</p> <p>Esquemas separados, participación importante de impuestos generales: Chile.</p>	<p>Esquemas de seguridad social separados con baja integración: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana y Uruguay.</p>	<p>Hacia la integración en beneficios y regulación: Colombia.</p> <p>Integración total de financiamiento y provisión: Costa Rica.</p> <p>Esquemas separados, participación importante de seguridad social: Argentina.</p>

Fuente: Elaboración propia.

- 3.32 **La ineficiencia en el financiamiento del sector salud de la región puede ser importante.** Aunque no se cuenta con información sistemática sobre la magnitud de la ineficiencia en el sector salud en la región, han ido aflorando pruebas de que los recursos que los países invierten en salud no están dando los rendimientos esperados. Un análisis de 191 países encontró que los de ALC están entre 12 y 44 puntos porcentuales por debajo de los más eficientes a nivel mundial, en términos de esperanza de vida saludable (Salomon et al 2012). Un ejemplo de la ineficiencia técnica en la región es que un 20% de las hospitalizaciones en ALC podrían evitarse con una buena atención primaria, equivalente a un ahorro de aproximadamente US\$3,8 mil millones en 2010 (Guanais et al 2012).
- 3.33 **Las ineficiencias en la asignación de recursos se evidencian en gasto de recursos públicos para financiar tecnologías médicas costosas con poco valor agregado.** Por ejemplo, en varios países de América Latina se están utilizando cada vez más las insulinas análogas en vez de las humanas para tratar la diabetes tipo II, siendo las primeras hasta cinco veces más costosas que las segundas, y sin que exista mucha evidencia que sus efectos de largo plazo son mejores en la mayoría de los casos (Sakuma et al 2016). Esto contrasta con las decisiones de países como el Reino Unido o Alemania donde se recomienda usar las insulinas humanas como opción privilegiada, y usar las análogas solamente en circunstancias muy específicas. El impacto de estas decisiones es aún más evidente si se tiene en cuenta que la región aún no ha alcanzado niveles aceptables de cobertura de los servicios más básicos de salud para toda la población, en especial para aquella más vulnerable.
- 3.34 **Se necesita contar con una plataforma adecuada para implementar esquemas de FBR.** El FBR en ALC se ha enfocado en la oferta, en la forma de pago de donantes o del gobierno a los proveedores de servicios vinculados, de alguna manera, a los niveles de producción de servicios (tales como visitas prenatales de salud o chequeos infantiles) y, muy raramente, a los desenlaces en salud. Estos esquemas se han implementado en Belice, Costa Rica, Panamá, y República Dominicana (Miller y Singer Babiarz 2013) y en el marco de la ISM. Tal vez el caso más evaluado en la región es el Programa Sumar en Argentina, cuyos resultados muestran un aumento en el uso y la calidad de los servicios de atención prenatal, y mejoras en los desenlaces de los partos, asociados con el

esquema de pago por servicios del programa del gobierno provincial a los proveedores (Nuñez et al 2016; Gertler et al 2014).

3.35 El interés en el FBR como un instrumento potencial de política para mejorar la eficiencia crece, pero es necesario afrontar algunos retos para implementarlo. El FBR exige contar con sistemas adecuados de información y con capacidades de monitoreo, evaluación y auditoría para garantizar el cumplimiento de contratos. Las funciones de financiamiento y de provisión deben estar separadas y los agentes deben contar con autonomía para realizar los cambios de procesos y de manejo de recursos que exija el cumplimiento de las metas fijadas. Es necesario contar con recurso humano debidamente capacitado para realizar las acciones necesarias para el cumplimiento de los indicadores asociados al pago de los incentivos (Eldrige y Palmer 2009). El diseño de los esquemas de pago debe anticipar y tomar medidas de mitigación ante posibles consecuencias negativas, tales como la excesiva transferencia de riesgo a los proveedores, el descuido del desempeño en aspectos no medidos, y consecuencias negativas con la motivación intrínseca de los profesionales (Miller y Singer Babiarz 2013).

E. Tecnologías Médicas. Existe el riesgo de una aceleración en el crecimiento del gasto en salud, derivado de la incorporación de tecnologías médicas.

3.36 Los planes explícitos de beneficios y las decisiones de cobertura basadas en la evidencia, forman parte de las estrategias para controlar los gastos de salud y mejorar la eficiencia en ALC. Con la finalidad de asignar recursos a intervenciones más efectivas y tener un mejor control sobre el gasto en salud, es que un gran número de países cuenta hoy con planes explícitos de beneficios en salud (Giedion et al 2014; Cotlear et al 2015). Algunos de estos ya llevan más de una década operando con planes explícitos de beneficios (Colombia, México, Chile, Perú, Uruguay, República Dominicana, entre otros), mientras que otros han comenzado un proceso para diseñarlos (ej. Honduras). Algunos países como Chile, Perú y Uruguay han incluido en sus planes de beneficios garantías explícitas de acceso, protección financiera y calidad. A su vez, varios países han institucionalizado la evaluación de tecnologías sanitarias para apoyar la toma de decisiones. América Latina fue la primera región en el mundo en adoptar en 2012 una resolución sobre la importancia de la evaluación de la ETS en los sistemas de salud¹¹. Para conocer la situación de la ETS en la región, la OPS realizó un mapeo en el que se recabó información de 31 países, encontrando que la región cuenta ya con 76 instituciones que llevan a cabo algún tipo de actividad relacionada con la ETS, lo cual da cuenta de un cierto grado de fragmentación, y que el 49% de ellas se encuentra en el ámbito estatal. Asimismo, en 12 países de la región existen unidades, comisiones o institutos para la ETS, y siete países informaron que ya cuentan con leyes que de alguna manera establecen el uso de la ETS en los procesos decisorios.

3.37 Existe una creciente evidencia que demuestra los ahorros concretos en la aplicación de ETS en países de ALC. En el continente, más allá de la legislación, la vinculación real entre las conclusiones de la ETS y la toma de

¹¹ Ver CSP28.R9 de la OPS.

decisiones es aún incipiente pero prometedora. En Brasil, por ejemplo, se estima que la adopción, por parte de las autoridades, de una recomendación de sustituir estatinas de alto costo por unas alternativas de bajo costo (medicamentos para prevenir la enfermedad cardiovascular) en los protocolos nacionales de atención primaria, pudo haberle ahorrado al presupuesto público de salud más de US\$2 mil millones (Vianna Araujo et al 2011). En el caso de Colombia, el gobierno llevaba gastado US\$31,1 millones en el 2014 en el financiamiento de terapias basadas en el análisis conductual aplicado para el tratamiento del autismo (terapias ABA, por sus siglas en inglés), hasta que el Instituto de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (IETS) llevó a cabo una exhaustiva evaluación y determinó que no existía evidencia suficiente que indicara que estas terapias tenían una efectividad clínica comprobada¹².

- 3.38 **La consolidación de un sistema de priorización explícita requiere del desarrollo de normativas y capacidades.** El diseño e implementación de un sistema de priorización en la región de ALC presenta algunas dificultades que incluyen limitaciones técnicas para llevar a cabo evaluaciones de tecnologías y para diseñar y actualizar los planes de beneficios, así como también la ausencia de un marco regulatorio e institucional dentro de un enfoque sistémico que integre los procesos de las instituciones encargadas de la evaluación, regulación, compra y prescripción de tecnologías (Cañón et al 2016; Giedion et al 2014; Giedion et al 2013). No obstante el progreso alcanzado, pocos países cuentan hoy con marcos institucionales bien consolidados para tomar sus decisiones de cobertura y actualizar sus planes de beneficios con base en la evidencia.
- 3.39 **La priorización explícita implica la coordinación de múltiples actores y procesos y los resultados pueden ser limitados cuando no se logra articularlos.** En la región, rara vez se articulan los procesos de otorgamiento de registros sanitarios con los procesos de evaluación de tecnología y con las decisiones de cobertura (Cañón et al 2016). De la misma manera, existe una oportunidad de una mejor articulación de las ETS con las decisiones sobre qué tecnologías financiar con los recursos públicos (Criterios 2016c). La segmentación de los sistemas de salud dificulta aún más la articulación (Barraza et al 2016). Sumado a esto se presentan conflictos con el marco constitucional que en muchos países se basa en el derecho a la salud, el cual se aprovecha para exigir acceso a intervenciones de alto costo por vía judicial, un fenómeno que ha sido denominado de “judicialización de la salud” (Vargas-Peláez et al 2014). En Colombia, el gasto por este concepto ha llegado a equivaler 20% del monto total recaudado por contribuciones a la seguridad social en salud (Criterios 2016d).
- 3.40 **La región debe profundizar las medidas para regular el gasto en medicamentos.** América Latina está convirtiéndose en uno de los mercados con mayor crecimiento en el mercado farmacéutico a nivel global. Para ilustrar la relevancia de la región en este mercado, según el *Global Health Intelligence* (2015), el crecimiento del mercado latinoamericano de medicamentos para el 2017 será del 12%, un crecimiento cuatro veces superior al que reportará el

¹² Ver <http://www.iets.org.co/reportes-iets/Paginas/Efectividad-seguridad-terapias-ABA.aspx>.

mercado europeo y el norteamericano. El cambio del perfil epidemiológico y demográfico de la región, así como la emergencia de una clase media cada vez más numerosa, se conjugan para explicar por qué varios países de la región han visto crecer aceleradamente sus gastos en medicamentos, y por qué la región de América Latina constituye una parte cada vez más importante del mercado mundial farmacéutico. Los países del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, Venezuela y Bolivia) y la Unasur (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guyana, Paraguay, Perú, Surinam, Uruguay y Venezuela) por su parte, comenzarán en 2016 una negociación conjunta con laboratorios farmacéuticos para la compra de medicamentos de alto costo vinculados a tratamientos oncológicos. A la par de fortalecer su capacidad de evaluación de tecnologías médicas, se requiere que los países de la región desarrollen instrumentos legales, institucionales y experiencia para la regulación y la negociación de precios y/o compras centralizadas de medicamentos, y que exploren mecanismos para el intercambio de información. Por ejemplo, la Red DIME (Decisiones Informadas sobre Medicamentos de Alto Impacto Financiero, ver ¶4.29) está apoyando a algunos países de la región en la mejora de la gestión de los medicamentos de alto impacto financiero, mediante la producción y circulación de información relevante para la toma de decisiones de cobertura con recursos públicos.

F. Gobernanza. En el contexto de un menor espacio fiscal en la región, la función de gestión de la prestación de servicios adquiere mayor relevancia para el logro de resultados sanitarios.

3.41 **En la mayoría de los países de ALC, la función de autoridad de salud pública se encuentra mejor desarrollada que la función de gestor de la prestación de servicios.** En la mayoría de los países de ALC, la estructura y las capacidades organizacionales de los ministerios y secretarías de salud contemplan las funciones de autoridad sanitaria, tales como las campañas de vacunación, la erradicación de vectores, la vigilancia epidemiológica, y la seguridad de fármacos y tecnologías médicas (Atun et al 2015). Sin embargo, en la región no existe desarrollo comparable en la estructura organizacional y en las capacidades institucionales de gestión de la provisión de servicios (Dussault 2015). Esas funciones son esenciales para garantizar un funcionamiento eficiente de las redes de prestación, como por ejemplo la planificación de la oferta, la contractualización de resultados, la gestión de costos, la adquisición de bienes y servicios, la logística, la gestión del desempeño, la evaluación y el monitoreo (Bengoia 2013). En países con alto grado de descentralización de salud, entre ellos Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, México y Perú, existe el desafío de fortalecer la gestión también en los niveles subnacionales.

3.42 **El desarrollo pobre de los sistemas de información en salud representa un cuello de botella persistente para una gestión eficiente.** Inclusive los datos de estadísticas vitales -básicos para conocer las necesidades en salud- están incompletos en la mayoría de los países. En el período entre 2010 y 2012, de los 26 países miembros del BID, solo uno tenía sistemas de informaciones vitales clasificados como de muy buena calidad, dos como buena, ocho como regulares, once como baja, y cuatro como muy baja calidad (Mikkelsen et al 2015). Sin embargo, hay algunos ejemplos positivos y avances en sistemas de información. Entre ellos fue la detección de la asociación entre la infección de

mujeres embarazadas por el virus Zika y la microcefalia en los niños, reportada por las autoridades sanitarias de Brasil en 2015 (Paixao et al 2016). Entre 2011 y 2014, hubo un avance de 40% en el número de registros nacionales de cáncer en los países de ALC, a pesar de que la cobertura poblacional de los registros sea todavía baja (Strasser-Weippl et al 2015).

- 3.43 **Para mejorar los resultados sanitarios, es necesaria la articulación de medidas que están fuera del control del sector salud.** Por ejemplo, la política tributaria puede ser utilizada como instrumento para cambio de comportamiento y adopción de hábitos saludables. Los niveles de tabaquismo en la región son todavía muy elevados, con un promedio general de 25,8% (32,2% entre hombres y 19,5% entre mujeres); en el Cono Sur los niveles son todavía más altos, particularmente en Chile y Uruguay (Ng et al 2014; Miranda et al 2013). Una revisión de 32 estudios encontró que, en los países de más altos ingresos de ALC, la elasticidad-precio de la demanda por cigarrillos es alrededor de -0,5, lo que indica que la política tributaria puede tener alguna eficacia en la reducción del consumo y en el aumento de la recaudación (Guindon et al 2015). En México, donde las bebidas representaron las tres principales fuentes diarias de calorías ingeridas por niños y adultos en 2012 (Stern et al 2014)¹³, se implementó un impuesto específico a las bebidas azucaradas el 1º de enero de 2014, y aunque la evidencia sea todavía preliminar, un estudio observacional encuentra que el consumo de las bebidas azucaradas tributadas disminuyó en promedio un 6% desde la línea de base en 2012, hasta llegar a una reducción de 12% en diciembre de 2014; la reducción fue más alta entre los hogares de nivel socioeconómico más bajo (Colchero 2016).

IV. LECCIONES APRENDIDAS DE LA EXPERIENCIA DEL BID EN SALUD Y NUTRICIÓN

- 4.1 **Entre 2013 y 2015 se aprobaron 18 operaciones de préstamo con garantía soberana y 44 cooperaciones técnicas en el sector salud, que totalizan US\$2,9 mil millones y US\$18,7 millones, respectivamente.** En comparación a los tres años anteriores (2010 al 2012), entre 2013 y 2015 se observó un incremento de 84% en el monto aprobado de los préstamos y una reducción de 1% en el monto de las cooperaciones técnicas. En el marco de la ISM (ver ¶4.5, ¶4.25 y ¶4.26) se aprobaron 16 operaciones de financiamiento no reembolsables (“*investment grants*”), por un monto total de US\$28,3 millones, de los cuales US\$19,3 millones correspondieron a tramos de inversión y US\$9,0 millones a tramos de incentivo al desempeño. También se aprobó una operación sin garantía soberana en el sector salud.

A. Resultados de la Matriz de Efectividad en el Desarrollo (DEM)

- 4.2 En los proyectos del sector, la DEM muestra mejoras en el tiempo, en aspectos claves del diseño de cada operación, desde el diagnóstico del sector hasta la identificación de las intervenciones con base en la evidencia y la planificación de

¹³ En 2012, las tres principales fuentes diarias de calorías en niños y adolescentes son bebidas lácteas con sabor, gaseosas calóricas y agua fresca, y en adultos son gaseosas calóricas, café o té calórico y agua fresca.

las actividades de monitoreo y evaluación (ver Tabla 3). En el período 2013-2015, diez proyectos fueron clasificados como “altamente evaluables” y ocho proyectos como “evaluables”, lo que indica un cierto equilibrio entre esas dos categorías.

- 4.3 En la dimensión de “lógica del programa”, la utilización de estudios y diagnósticos actualizados y relevantes para fundamentar las intervenciones apoyadas por las operaciones del Banco, explican los resultados alcanzados. En los aspectos de “monitoreo y evaluación”, el sector viene priorizando, cuando es posible, la utilización de data administrativa para la realización de evaluaciones robustas con los objetivos de: reducir los costos de realización de dichos estudios; estimular la utilización de datos que son recolectados de forma rutinaria y que resultan a menudo poco analizados; y aumentar los incentivos de mediano plazo para mejorar la calidad de los datos administrativos. En la dimensión de “análisis económico”, aunque hayan dificultades metodológicas intrínsecas a la valoración de años de vida (Neumann et al 2014), la utilización de métricas de salud como los DALY (ver ¶3.6) en los análisis de costo-efectividad, ha sido un instrumento importante para fundamentar, por ejemplo, la importancia de apoyar las estrategias de salud preventivas en las RIAPS (ver ¶2.10) y también la priorización de determinados gastos (ver ¶2.31) en los proyectos financiados por el Banco.

Tabla 2. Resumen de los resultados de la DEM para el Sector (puntaje y clasificación)

Año	Número de proyectos aprobados	Puntaje por Sección				Puntaje promedio anual	Número de proyectos por clasificación**		
		Lógica del programa	Monitoreo y evaluación	Análisis económico	Gestión de riesgo		Altamente evaluable	Evaluable	Parcialmente evaluable
2010-2012	16	8,3	8,1	7,6	8,9	8,2	5	9	2
2010	5	8,3	6,2	7,5	8	7,5	0	4	1
2011	4	7,9	8,3	7,2	8,8	8	1	2	1
2012*	7	8,7	9,7	8,2	10	9,2	4	3	0
2013-2015	18	9,7	9,7	8,3	n.a.	9,2	10	8	0
2013	5	9,4	9,6	9,2	n.a.	9,4	4	1	0
2014	9	9,6	9,5	7,8	n.a.	9,0	4	5	0
2015	4	10,0	10,0	7,8	n.a.	9,3	2	2	0

(*) En 2012, se incluyen en la tabla las operaciones PR-L1051 “Programa de Apoyo al Desarrollo Infantil Temprano” y BO-L1064 “Desarrollo Infantil Temprano: Crecer Bien para Vivir Bien”. Aunque sean clasificadas como Inversión Social (IS), tienen una visión integral de DIT e incluyen financiamiento a componente(s) de salud.

(**) Ningún proyecto fue clasificado como “parcialmente no evaluable” o “no evaluable”.

Fuente: elaboración propia.

B. Lecciones aprendidas de la experiencia de las operaciones del BID

- 4.4 Desde el último SFD, no ha habido una nueva evaluación sectorial de las operaciones en salud por parte de la Oficina de Evaluación y Supervisión¹⁴. Por lo tanto, a continuación, se resumen las principales lecciones aprendidas a partir de los Informes de Monitoreo de Progreso (PMR, por sus siglas en inglés), de los Informes de Terminación de Proyecto (PCR, por su sigla en inglés), y de los

¹⁴ La última revisión del sector conducida por la Oficina de Evaluación y Supervisión del Banco fue la “Evaluación del sector de la salud 1995-2005”.

Documentos de Préstamo, en operaciones con y sin garantía soberana (respectivamente, SG y NSG, según sus siglas en inglés).

- 4.5 En las operaciones SG, el Banco ha logrado posicionarse estratégicamente y mantener una presencia significativa en el sector de salud y nutrición con operaciones activas en 21 de los 26 países miembros prestatarios del Banco, con una participación más importante en términos de número de operaciones en los países más vulnerables y con mayores desafíos institucionales. Además, es importante destacar la presencia permanente del Banco en el sector en Mesoamérica, con iniciativas innovadoras de financiamiento basado en resultados como la ISM, una asociación público privada entre la Fundación Bill & Melinda Gates, el Instituto Carlos Slim de la Salud, la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, los gobiernos de ocho países en la región mesoamericana, y el Banco (ver ¶4.25 y ¶4.26).
- 4.6 A pesar del esfuerzo desplegado en el desarrollo de negocios en el sector, la experiencia operativa a través de las ventanillas NSG en infraestructura social de salud ha sido limitada, con tres operaciones aprobadas por el Banco entre 2009 y 2015, pero hay importantes lecciones aprendidas. Al ser este portafolio relativamente nuevo para las operaciones NSG, estas operaciones buscaron demostrar que es viable para el sector privado invertir en proyectos de infraestructura social de salud. En 2014, una de las operaciones fue repagada y la deuda cancelada debido a la materialización de riesgos operativos. El cierre financiero de la segunda operación no se logró materializar y fue cancelada.
- 4.7 A continuación, se resumen las principales lecciones aprendidas en ambas ventanillas del Banco (SG y NSG), así como en la interfaz entre las dos.

1. Lecciones aprendidas y recomendaciones en las operaciones SG

- 4.8 **Alineamiento con las prioridades nacionales.** Las intervenciones deben estar alineadas con las prioridades nacionales, a fin de garantizar su sostenibilidad a través de apoyo político y técnico. Esta necesidad es aún más imperante en proyectos de infraestructura y estratégicos, en los cuales es crucial involucrar activamente a los gobiernos locales, para asegurar una mejora en el acceso y cobertura de los servicios de salud. Recomendación: el definir las áreas estratégicas de la operación de forma alineada con las prioridades del gobierno facilita el compromiso político durante el desarrollo e implementación del programa.
- 4.9 **Capacidad institucional y de ejecución.** En los últimos años, los principales esquemas de ejecución que han sido utilizados en los proyectos del sector salud fueron: (i) utilización de la estructura de línea de los ministerios, con refuerzo para dar cuenta de los requerimientos de gestión del proyecto, como es el caso de operaciones en El Salvador, Nicaragua, Brasil, Argentina, República Dominicana y Honduras, entre otros; y (ii) utilización de unidades ejecutoras autocontenidas, adscritas a los ministerios, y creadas específicamente para la gestión del proyecto, como es el caso de Bolivia, Ecuador, Guatemala, Panamá, Paraguay y Perú, entre otros. En algunos casos, bajo ambos escenarios, la ejecución de los Ministerios ha sido apoyada con la asistencia técnica de empresas gestoras, como por ejemplo en Bolivia y en algunos proyectos en

Brasil. Cada uno de esos esquemas tiene *tradeoffs* en términos de apropiación del proyecto por las autoridades nacionales, sostenibilidad de la intervención, y agilidad en la ejecución, entre otros; para la decisión de cual modelo debe ser utilizado es importante evaluar el contexto institucional específico y los objetivos del proyecto. Una lección común de todos los proyectos es la importancia de la aplicación de herramientas modernas de planificación que fueron fundamentales, por ejemplo, para el éxito de las operaciones de la ISM (ver ¶4.25 y ¶4.26). Recomendaciones: (i) realizar evaluaciones cuidadosas de la capacidad institucional, de gestión de las diferentes entidades involucradas en la ejecución; (ii) apoyar la redacción de manuales y/o reglamentos operativos que incluyan la definición clara de las funciones de las unidades y personal adscrito o de los equipos de las direcciones de línea, de los niveles y canales de decisión y de las responsabilidades de cada involucrado; (iii) incorporar un enfoque sistémico en el análisis de los procesos, factores habilitantes, y obstáculos para el éxito; (iv) promover la utilización de herramientas modernas de gestión y planificación, con el apoyo de *softwares* de gestión de proyectos y tableros de control; (v) fortalecer la capacidad de los equipos técnicos encargados de la gestión de los ciclos de ejecución de las obras de infraestructura en todos los aspectos técnicos y fiduciarios; (vi) reforzar los sistemas de supervisión de servicios en las instituciones del sector con un enfoque de evaluación, capacitación y medición continua de las mejoras; y (vii) asegurar el involucramiento de las altas autoridades de los ministerios en la supervisión de la gestión del programa para aportar un elemento de estabilidad a los proyectos.

4.10 **Mantenimiento y sostenibilidad de las infraestructuras.** La ausencia de recursos asignados a situaciones de emergencia o al mantenimiento preventivo puede poner en riesgo la sostenibilidad de la infraestructura. Algunos proyectos reportan que incluso en los casos en que se ha incorporado una condición contractual para asignar un porcentaje del coste de infraestructura a fondos de mantenimiento, se han presentado desafíos. Por ello, el Banco viene discutiendo la inclusión de servicios de mantenimiento por plazos más amplios en las licitaciones para construcción de hospitales, como es el caso de un programa en Nicaragua apoyado por el Banco. Recomendaciones: (i) el establecimiento de un fondo a largo plazo que dote de presupuesto las actividades de mantenimiento que puedan requerirse; (ii) la construcción de capacidades a través de planes técnicos específicos de mantenimiento; y (iii) considerar la posibilidad de contratos de construcción que incluyan servicios de mantenimiento por plazos largos.

4.11 **Participación de los usuarios y actores claves.** Asegurar la participación de los usuarios ya desde la etapa de diseño del proyecto, coordinando de manera eficaz a las partes interesadas a través de canales de comunicación sólidos y estables, evita resistencias que pueden dificultar la implementación del proyecto. A nivel institucional, la adopción de decisiones mediante mecanismos participativos, promovió la rendición de cuentas por parte de las autoridades y facilitó la institucionalización de reuniones de seguimiento y la generación de responsabilidades compartidas. Por ejemplo, en Ecuador, República Dominicana y Brasil, se ha demostrado que es crucial que se adopte un enfoque participativo ante situaciones de cambio, por ejemplo, en la mejora de los sistemas de gestión de información sanitaria y gestión de inversiones. A nivel comunitario, el

trabajo de adecuación cultural de los servicios con la participación de los beneficiarios llevado a cabo en las actividades de la ISM en Guatemala, Honduras, Panamá y México, así como las operaciones de crédito del Banco en Bolivia y Ecuador, han probado ser buenas prácticas para favorecer la apropiación del programa por parte de los beneficiarios y las autoridades locales. Recomendaciones: (i) el fortalecimiento del rol de los actores claves tanto a nivel comunitario como a nivel institucional, mediante la articulación de mecanismos de consulta durante la fase de preparación y de implementación; (ii) la incorporación de la perspectiva de los usuarios de los servicios mediante instrumentos de adecuación intercultural; y (iii) empoderar a los usuarios para que monitoreen la prestación de los servicios de salud y reporten fallas e irregularidades a las dependencias correspondientes, informándolos sobre los beneficios a los que tienen derecho.

- 4.12 **Fortalecimiento de la capacidad de planificación de redes de servicios.** El aumento de la cobertura y la calidad de los servicios requieren la integración de las actuaciones en los distintos niveles de atención, hecho que puede llevarse de forma eficiente mediante la estructuración de redes de servicios. El objetivo principal de estas redes es garantizar una oferta de atención primaria continua, integral, de calidad, y reducir ineficiencias y la superposición de servicios y, para ello, la articulación de redes de servicios requiere contar con un sistema de información robusto y centralizado. Además, el panorama macroeconómico y fiscal más desafiante en la región aumenta la presión en la eficiencia de los servicios. En ese contexto, el uso eficiente de los recursos requiere el fortalecimiento de una cultura organizacional y de una capacidad técnica para planificar las redes de atención. Esos esfuerzos de fortalecimiento de la gestión incluyen el uso de técnicas de estimación de la demanda, tomando en consideración los cambios demográficos y epidemiológicos, de planificación de las líneas de cuidado, de la preparación de los planes de inversiones en infraestructura, RHS y equipamiento, y del fortalecimiento de los procesos de gestión de la red, entre otros. Recomendaciones: (i) asociar las inversiones en infraestructura con el fortalecimiento de instrumentos de gestión y planificación de las redes; (ii) racionalizar la expansión y actualización de infraestructura por intermedio de proyecciones de demanda y oferta de los servicios; (iii) considerar las necesidades de formación de RHS en etapas tempranas del ciclo de inversiones en infraestructura; y (iv) aprovechar el arranque de proyectos de infraestructura para introducir cambios en el modelo de atención buscando una mayor eficiencia y calidad.
- 4.13 **Economía política de las reformas.** Debido a las implicaciones y alcance de las reformas planteadas en el sector salud, agentes tales como aseguradoras, farmacéuticas, hospitales, gremios médicos, autoridades territoriales y usuarios, pueden obstaculizar su implementación en el caso de que se vislumbren pérdidas potenciales en los nuevos modelos propuestos. Resulta más difícil lograr consensos cuando las discusiones de diseño e implementación de nuevas estrategias no toman como punto de partida los resultados que se pretenden lograr con ellas. La introducción de mecanismos de financiamiento basado en resultados (ver ¶2.28), como es el caso de operaciones del Banco en Argentina, República Dominicana, Honduras, Panamá, Nicaragua y en los proyectos de la ISM (ver ¶4.25 y ¶4.26), ha contribuido a crear las condiciones idóneas para una búsqueda de consensos sobre aspectos del sistema que necesitan ser

reformados. Recomendaciones: (i) orientar la búsqueda de consensos sobre reformas a partir de la discusión de los resultados deseados; (ii) realizar y diseminar estudios y datos detallados que realcen beneficios de las medidas propuestas; (iii) realizar un intercambio con los gobiernos y con las agencias de otros países que hayan experimentado reformas similares con resultados positivos para poder así compartir sus experiencias; y (iv) mantener una labor constante de diálogo, divulgación y promoción de los resultados positivos esperados para el conjunto de los usuarios del sistema.

2. Lecciones aprendidas en la colaboración SG/NSG

- 4.14 **Desarrollo de APP de salud.** El BID, con el apoyo de cooperaciones técnicas, ha avanzado de manera importante en la generación de conocimiento, de manera de contextualizar el uso de las APP en salud en la región (Alonso et al 2015a; Alonso et al 2015b; Alonso et al 2014). Las operaciones con SG también vienen incorporando de manera creciente elementos de desarrollo del instrumento de APP, como es el caso de la previsión de unidades técnicas responsables de la generación y gestión de contratos en Trinidad y Tobago, y de la inclusión de condicionalidades para la estructuración de proyectos APP en una serie programática en Perú, asociada a una agenda importante de cooperación técnica para apoyar los proyectos de APP en la red del Ministerio de Salud. En los últimos tres años se observa una creciente demanda por asesoría de apoyo a proyectos APP del sector salud en la región, por lo tanto, es pertinente profundizar el trabajo en esas áreas, incrementado la disponibilidad de instrumentos técnicos y metodológicos que faciliten la ejecución de APP de salud por parte del sector público, velando por que los proyectos contratados al sector privado sean consistentes con la red sanitaria en que se insertan y por su robustez técnica y financiera.
- 4.15 **Colaboración de especialistas sectoriales en operaciones NSG.** La participación de los expertos sectoriales del área SG en etapas tempranas del desarrollo de operaciones NSG (por ejemplo en México), aportó conocimiento sectorial importante sobre, por ejemplo, brechas y necesidades, actuación del sector público, marcos de políticas y regulatorios.

3. Lecciones aprendidas en las operaciones NSG

- 4.16 **Potencial *trade-off* entre impacto en el desarrollo y riesgo crediticio.** La experiencia con las operaciones NSG ha demostrado un proceso de aprendizaje en la identificación del equilibrio entre el riesgo crediticio en el sector y el nivel de impacto en el desarrollo de las operaciones NSG en salud. Por ejemplo, lograr una mayor proporción de beneficiarios pertenecientes a poblaciones vulnerables conlleva a los hospitales a depender más del repago por servicios otorgados por parte de los sistemas públicos de aseguramiento, los cuales suelen tener plazos importantes en los países de la región y por lo tanto pueden impactar el repago de sus deudas.
- 4.17 **Financiamiento en moneda local.** El uso de moneda local ha sido la norma en los proyectos NSG en salud, pero la falta de flexibilidad en el producto ha limitado el alcance operativo en el sector. Las tres operaciones en la cartera de operaciones en salud fueron fondeadas en moneda local para minimizar el

riesgo cambiario, dado que los pagos y reembolsos por los servicios de salud son en moneda local.

- 4.18 **Mitigación de riesgos mediante alianzas estratégicas y asistencia técnica.** Asociarse en el proyecto con instituciones multilaterales (ej. la Corporación Financiera Internacional) que tienen mayor experiencia en el sector, o financiar previamente a la operación de préstamo, un análisis de factibilidad y sostenibilidad financiera a través de una cooperación técnica, pueden ser estrategias útiles para evaluar y mitigar mejor los riesgos de las operaciones de infraestructura social en salud.

C. Ventajas comparativas del Banco en el sector salud

- 4.19 En los últimos años el Banco se ha propuesto fortalecer su posicionamiento estratégico en el sector. Por un lado, se ha consolidado la presencia del sector en la cartera de inversiones del Banco en la región (ver ¶4.1) y se está contribuyendo a la generación de conocimiento relevante para los clientes. Por otro lado, se han estrechado lazos de colaboración con otras instituciones públicas y privadas comprometidas con el progreso de la agenda de salud en la región. En un contexto de reducción de la ayuda al sector de agencias de cooperación bilateral, la combinación de estas estrategias resulta en una importante fuente de valor agregado para los clientes al asociar inversiones financieras que han venido creciendo en número y volumen, síntoma de una demanda robusta, con generación de conocimiento en áreas priorizadas por ellos.
- 4.20 La cartera de operaciones del Banco en el sector salud y nutrición se ha volcado paulatinamente a apoyar los temas de promoción y prevención, y el desarrollo de redes integradas de servicios, de acuerdo con la demanda de los clientes y conforme con la evidencia internacional sobre la necesidad de preparar los sistemas de salud para cerrar las brechas existentes en salud materna, neonatal e infantil y controlar la epidemia de enfermedades crónicas no-transmisibles (ver ¶3.3-¶3.8). El trabajo del Banco en la generación de conocimiento se ha alineado también con esta agenda prioritaria para ALC y ha conseguido suscitar un creciente reconocimiento. Se destacan las áreas de: (i) sistemas de priorización de gasto en salud; (ii) estrategias para manejo y control de enfermedades crónicas no-transmisibles y evaluación del desempeño de los sistemas de salud, con referencia en particular a la efectividad de la atención primaria; (iii) mecanismos de financiamiento y pago por resultados; y (iv) medición de la calidad de los servicios, especialmente de atención materna, neonatal e infantil.
- 4.21 Las áreas prioritarias identificadas en este SFD (ver ¶5.2) requieren un conjunto de competencias relativas al diseño, financiamiento y operación de los sistemas de salud, así como de conocimiento técnico de las temáticas de salud materno-infantil y de enfermedades crónicas no-transmisibles. El equipo del Banco cuenta con los conocimientos técnicos relativos a estas dos temáticas y ha venido fortaleciendo, en los últimos años, las competencias necesarias en los temas de diseño y gestión de redes integradas de servicios, con énfasis en la atención primaria, gestión hospitalaria (a pesar de que todavía la demanda supera la actual capacidad de respuesta), procesos de planificación y licitación

de infraestructura sanitaria compleja, asociaciones público-privadas en salud y modelos de financiamiento por resultados, entre otros. Sin embargo, existe espacio para que el Banco fortalezca sus competencias y capacidad de respuesta en los temas de financiamiento del sector, planificación y gestión de los RHS, así como de tecnología de la información.

- 4.22 El Banco ha descentralizado a un número significativo de especialistas del sector, lo cual ha permitido reforzar el diálogo con los clientes, consolidar el conocimiento del contexto y características locales, y brindar mayor supervisión a las operaciones locales. También ha permitido potenciar sinergias con otros sectores, como el de agua y saneamiento para conseguir mejores resultados en salud, así como los sectores fiscal y de capacidad del estado para lograr mejor gestión y eficiencia del sector. Asimismo, la estructura organizacional del Banco, que integra salud y protección social en una sola división, permite responder ágilmente a la demanda de los clientes de inversiones sinérgicas y complementaria entre los dos sectores. Estas sinergias pueden ser bien ejemplificadas en los temas de transferencias monetarias condicionadas, desarrollo infantil temprano integral, e integración socio-sanitaria para los cuidados de largo plazo.
- 4.23 Existen áreas del sector salud donde el Banco, reconociendo la experticia y capacidad institucional ya desarrollada por otras instituciones, no busca asumir un rol de liderazgo, sino fortalecer alianzas y promover actuaciones conjuntas, por ejemplo en: (i) metodologías de evaluación de tecnologías en salud y políticas de medicamentos con la OPS; (ii) sistemas de vigilancia y control de amenazas emergentes, como el Zika, la chikungunya o la influenza pandémica, con la OPS, la Agencia de Salud Pública del Caribe (CARPHA, por sus siglas en inglés) y con el *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) de los Estados Unidos; y (iii) el diseño de mecanismos que aseguren la sostenibilidad de las acciones que tienen como objetivo acelerar el final de las epidemias de VIH-SIDA, tuberculosis y malaria, con el Fondo Global que es el principal financiador mundial para el control y prevención de estas enfermedades. El Banco podría brindar apoyo financiero en estas áreas, si las mismas fueran priorizadas por los países en el marco del ciclo de programación.
- 4.24 Es necesario destacar algunas iniciativas emblemáticas por su alcance y/o impacto, entre ellas la ISM (ya mencionada en los ¶2.7, ¶2.28, ¶3.16, ¶3.17, ¶3.19, ¶3.34, ¶4.5 y ¶4.5) y las redes de conocimiento que la División de Protección Social y Salud (SPH) ha liderado, descritas a continuación. Asimismo, estas iniciativas se han complementados con numerosas experiencias exitosas de Cooperación Técnica Intrarregional (CT/INTRA) para el intercambio de conocimientos entre países de la región sobre temas de salud materno-infantil, gestión hospitalaria, evaluación y selección de tecnologías sanitarias, entre otros.

1. Iniciativa Salud Mesoamérica (ISM)

- 4.25 El rol proactivo del Banco en la construcción de colaboraciones con socios públicos y privados es una importante ventaja. Un ejemplo es la ISM, que invierte en la oferta, uso y calidad de servicios de salud materno-infantil y de nutrición de alta calidad y probada costo-efectividad, en poblaciones en extrema

pobreza, en áreas remotas de ocho países (Panamá, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, El Salvador, Guatemala, Belice y el Estado de Chiapas, en México)¹⁵. La ISM representa una experiencia pionera en la región, así como a nivel global, de mecanismos de financiamiento basado en resultados (ver ¶2.28) y toma de decisiones basada en datos y evidencia que ha logrado mejorar sustancialmente indicadores de cobertura y calidad en la prestación de servicios para la población más vulnerable de Mesoamérica, en un espacio de tiempo relativamente corto (Bernal et al, en prensa).

4.26 El financiamiento inicial de cada operación proviene de fondos de la ISM (tramo de inversión) y de recursos nacionales. En caso de que se cumplan los resultados de cambio de políticas, cobertura y calidad de los servicios de salud acordados con los países, la ISM desembolsa la mitad de lo aportado por los gobiernos (tramo de desempeño). Para comprobar los resultados, se están llevando a cabo evaluaciones rigurosas e independientes a lo largo de la implementación de los proyectos. El Cuadro 4 a continuación describe algunas de las principales innovaciones introducidas por la ISM, como por ejemplo la recolección y análisis de datos específicos para las zonas más pobres, el uso sistemático de datos en la toma de decisiones y gestión por resultados, un fuerte énfasis en la mejora de la calidad, y la introducción de innovaciones en procesos de gestión y en procedimientos clínicos.

Cuadro 4. Principales innovaciones introducidas por la ISM

Innovación	Descripción
Generación de datos específicos para las zonas más pobres	Importancia de la focalización en las zonas más pobres y con datos robustos y confiables. Muchos de los datos generados por la ISM identificaron que la mayor magnitud de los problemas en las zonas más pobres era mayor que el esperado, especialmente los datos de calidad y cobertura efectiva de servicios.
Fortalecimiento de procesos de toma de decisiones basadas en evidencias	La ISM introdujo un enfoque de mejora de la calidad y la oportunidad de los servicios a partir de datos que los sistemas de información producen de forma rutinaria. Con eso, se pudo mejorar la priorización, diseño y monitoreo de servicios, y el estado de salud de las personas, sin necesidad de grandes cambios a todo el sistema de información.
Gestión por resultados a amplia escala	La ISM introdujo asistencia técnica para el desarrollo de capacidades de planificación y monitoreo basado en resultados y en el diseño de programas con visión sistémica, mediante la adopción de una teoría del cambio que integre y haga explícitas las transformaciones que se desea alcanzar con la intervención.
Introducción de programas de gestión para mejora continua en atención materna	En el marco del énfasis que la ISM ha puesto en la mejora de la calidad de los servicios, los programas de mejora continua, que funcionan rutinariamente como parte de las funciones del sistema, son claves. La ISM ha introducido medidas de gestión que buscan examinar todos los procesos asistenciales para identificar oportunidades de mejora.
Innovaciones en tecnología biomédica y plataformas de servicios	La introducción de innovaciones es vital para la renovación de los sistemas y para mejorar su efectividad y eficiencia, especialmente en tecnología apropiada y otras innovaciones biomédicas y de plataformas de servicios y de incentivos a la demanda.

Fuente: Elaboración propia.

¹⁵ Ver <http://www.saludmesoamerica.org>.

4.27 Instrumentos inicialmente desarrollados en las operaciones de la ISM han sido incorporados a la cartera de préstamos del Banco en salud, o ampliadas a escala nacional por los gobiernos de los países. Algunos ejemplos son medidas de gestión, como: la expansión del tablero de control de indicadores de salud materno-infantil y reproductiva a todo el Estado de Chiapas, a todo el país en El Salvador, y en proceso en Panamá; la expansión de la gestión por resultados en los hospitales de Honduras en el marco del proceso nacional de autonomía; así como el fortalecimiento de los instrumentos de planificación por resultados en los ocho países. También han sido incorporadas y expandidas medidas programáticas propuestas por la ISM, como por ejemplo: la expansión del modelo de calidad en el primer nivel de atención a todo el país en El Salvador; la reorganización de redes de atención con base en el modelo de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales en Chiapas; y la actualización de normas nacionales para el manejo de la diarrea, mediante la administración de zinc en El Salvador y Panamá, y el uso de micronutrientes para reducir la anemia en El Salvador y Honduras.

2. Redes de Conocimiento

4.28 La Red Regional de Priorización Explícita y Planes de Beneficios en Salud, CRITERIA, que hoy en día cuenta con más de novecientos miembros, tiene por objetivo apoyar y promover intercambio entre los países de la región para fortalecer sus sistemas de priorización en salud (ver ¶2.30 y ¶2.31). A través de diferentes estrategias de comunicaciones, gestión de conocimiento y disseminación, así como en la gestión de proyectos de cooperación diseñados para el contexto particular de cada país, CRITERIA ha logrado no sólo introducir o reforzar, en la agenda pública de los países, la importancia de la priorización del gasto, sino que también ha fortalecido el diálogo técnico y político del Banco con los países de la región. A la fecha, el equipo de CRITERIA ha diseñado e implementado proyectos de apoyo a los sistemas de priorización en Colombia, Costa Rica, República Dominicana y Uruguay. Toda la información que se produce está disponible y es de acceso público a través de la web (www.redcriteria.org).

4.29 Otra iniciativa regional, la Red DIME, es un proyecto colaborativo, por ahora entre ocho países (Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, México, Perú y República Dominicana), para producir y gestionar información de fácil acceso, actualizada e independiente, para el tomador de decisiones de financiación de tecnologías sanitarias con recursos públicos (ver ¶3.40). La red DIME, financiada por dos operaciones de la Iniciativa de Bienes Públicos Regionales, produce y dispone en una plataforma web, información validada y comparada con países de ingresos altos y países de la región sobre precios, cobertura, competencia y evidencia sobre efectividad clínica comparada de medicamentos de alto impacto financiero, acordados por los países participantes. En la etapa actual, la iniciativa recolecta y disemina información de precio, cobertura, competencia y uso racional de 20 medicamentos. La información detallada de precios y cobertura de medicamentos, por el sistema de salud, está detallada para Colombia, Ecuador y México, y adicionalmente se indican precios y cobertura en países de referencia como Alemania, Australia, Brasil, Canadá, Chile, Noruega, Nueva Zelanda y Perú. La información que se

produce está disponible y es de acceso público a través de la web (www.omaif.org).

- 4.30 Se ha lanzado también, recientemente, una Red Colaborativa Regional de apoyo a la gestión de Redes de Servicios de Salud (www.riisalud.net), en colaboración con la Universidad ISALUD, que tiene como objetivo facilitar intercambios de experiencias y estimular la cooperación entre actores para mejorar las herramientas gerenciales aplicables a la gestión de las redes de servicios de salud. La iniciativa ya cuenta con la participación de diez países (Argentina, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Uruguay).

V. DIMENSIONES DEL ÉXITO Y LÍNEAS DE ACCIÓN QUE GUIARÁN LAS ACTIVIDADES OPERATIVAS Y DE INVESTIGACIÓN DEL BANCO

- 5.1 Este SFD propone que las actividades del Banco en salud y nutrición, en los próximos tres años, tengan como meta fundamental promover un mejor estado de salud de la población con equidad, protección financiera y sostenibilidad.
- 5.2 Tomando en cuenta la necesidad de priorizar la actuación del Banco en el sector salud, en el contexto de la región, se puede lograr un mejor estado de salud de la población con intervenciones dirigidas a los siguientes tres desafíos epidemiológicos: (i) cerrar las brechas respecto a niveles socioeconómicos y grupos étnicos existentes en los indicadores de salud materna e infantil, con énfasis en reducir las muertes maternas y las muertes en el período perinatal, y mejorar la nutrición en el embarazo y la primera infancia; (ii) controlar la creciente incidencia de enfermedades crónicas no-transmisibles; y (iii) apoyar los esfuerzos de los países para fortalecer su preparación y capacidad de respuesta a situaciones de emergencia epidemiológica. Las estrategias propuestas para superar estos desafíos en condiciones de equidad, protección financiera y sostenibilidad son: seguir invirtiendo en la reducción de barreras económicas y no-económicas al acceso de servicios de salud; fortalecer las redes integradas de servicios con un enfoque preventivo; promover una mayor eficiencia en la movilización, mancomunación y uso de los recursos, acorde a las prioridades epidemiológicas y a la evidencia de costo-efectividad; y fortalecer las capacidades de gestión del sector, inteligencia sanitaria y la coordinación inter-sectorial.
- 5.3 Con el fin de proveer orientación al trabajo operativo del Banco para alcanzar la meta propuesta en los próximos tres años, se proponen **cuatro Dimensiones del Éxito interdependientes**. Estas dimensiones fueron formuladas a partir de la mejor evidencia disponible acerca de las políticas y programas exitosos en los seis componentes de los sistemas de salud descritos a lo largo de este SFD (ver ¶2.3), en conjunto con las lecciones obtenidas de la experiencia del Banco en el sector. Este SFD se complementa con los instrumentos de programación del Banco. Por ello, aunque las Dimensiones del Éxito guían las actividades operativas y analíticas del Banco, el apoyo a los prestatarios responderá a las demandas específicas de los países.

- 5.4 A continuación se resume la justificación de cada Dimensión del Éxito, se detallan las líneas de acción prioritarias correspondientes, y se identifican actividades operativas y de conocimiento en las que se propone concentrar los esfuerzos del Banco para apoyar a los sistemas de salud de la región en el periodo cubierto por este SFD. Los principales principios rectores en la definición de las dimensiones fueron la costo-efectividad de las intervenciones y la reducción de las desigualdades.
- A. Dimensión del Éxito 1. Todas las personas están informadas y son corresponsables por el cuidado de su salud.**
- 5.5 **La evidencia internacional indica que para que se logre un mejor estado de salud poblacional, los usuarios deben participar de su cuidado y adoptar comportamientos saludables.** Esa evidencia tiene todavía más relevancia para el perfil epidemiológico de la región, donde predominan las enfermedades crónicas no-transmisibles, que requieren de esfuerzos preventivos durante toda la vida, así como un manejo y control continuo por parte de las personas que ya desarrollaron una o más condiciones crónicas. Sin embargo, para que las personas cuiden de su salud, es necesario superar las barreras socioeconómicas, de género, étnicas y los factores culturales. Esta primera dimensión del éxito resalta la importancia de reducir las barreras económicas y no-económicas al acceso de los servicios de salud, y de orientar la atención en salud y nutrición hacia la promoción del auto-cuidado y la prevención de comportamientos de riesgo.
- 5.6 **Líneas de acción:** (i) el fortalecimiento de los abordajes intersectoriales de educación y comunicación para el cambio de conductas y la adopción de estilos de vida saludables; y (ii) la reducción de las barreras económicas, de género, étnicas o culturales para incentivar la utilización de servicios de salud.
- 5.7 **Actividades operativas:** (i) intervenciones dirigidas al tamizaje de riesgos en la población y al cambio de conductas (por ejemplo programas de mejoramiento de prácticas de alimentación y cuidado infantil; promoción de la utilización de servicios preventivos para la población masculina; programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes, y programas de comunicación para el cambio de conductas con el uso de TIC, entre otros); (ii) intervenciones que contribuyan a la superación de barreras económicas, de género o culturales para la utilización de servicios (por ejemplo programas de TMC, incentivos que estimulen la adherencia a protocolos de manejo de la enfermedad, adaptación cultural y de género de los servicios, o intervenciones promisorias como las casas maternas para mujeres embarazadas en áreas rurales dispersas, entre otros).
- 5.8 **Actividades de conocimiento y difusión:** (i) generar conocimiento sobre: (a) perfiles de riesgos de la población y estrategias efectivas para el cambio de conductas, y (b) intervenciones que contribuyan a la superación de barreras económicas, de género o culturales para la utilización de servicios; y (ii) publicación y difusión de trabajos de sistematización de experiencias y de los resultados de las evaluaciones de impacto de estrategias que pretenden estimular la utilización de servicios preventivos.

5.9 Estas actividades serán desarrolladas por SPH en colaboración con las Divisiones de Género y Diversidad (GDI) y de Educación (EDU), donde sea pertinente.

B. Dimensión del Éxito 2. Todas las personas tienen acceso a servicios de salud y nutrición de alta calidad, de manera oportuna y continua.

5.10 **La experiencia internacional indica que la organización de los servicios de salud en redes integradas basadas en la atención primaria, favorece el acceso de la población a servicios de calidad y promueve una prestación eficiente.** Los sistemas públicos de salud son responsables por la provisión de servicios a la mayoría de la población en la región, que todavía enfrenta importantes retos en términos de cobertura y de calidad de servicios. La segunda dimensión del éxito se relaciona con acciones dirigidas al fortalecimiento de la prestación de servicios que abarcan la formación y gestión adecuada de los recursos humanos en salud y de los aspectos relevantes de la función de gobernanza, como por ejemplo las actividades de acreditación, inspección, vigilancia y control. Esta dimensión busca orientar las inversiones por el lado de la oferta (infraestructura, recursos humanos, insumos, tecnología, procesos de gestión clínica y sanitaria) con el objetivo de apoyar los países de la región a lograr la cobertura universal de salud con servicios de alta calidad.

5.11 **Líneas de acción:** (i) aseguramiento de la suficiencia y pertinencia de infraestructura, tecnología, insumos y recursos humanos requeridos para la organización de redes de servicios; y (ii) fortalecimiento de la capacidad de planificación y gestión de dichas redes con la participación de actores públicos y privados.

5.12 **Actividades operativas:** (i) inversión para el mejoramiento de la infraestructura física y tecnológica de salud en todos los niveles de atención, así como su adecuación a estándares modernos de eficiencia energética y resiliencia al cambio climático; (ii) dotación de equipos e insumos médicos y las cadenas de abastecimiento y distribución de dichos insumos; (iii) fomento a la participación del sector privado en el mejoramiento de la infraestructura pública; (iv) programas de formación, capacitación y esquemas innovadores de incentivos para mejorar el desempeño y la distribución geográfica del RHS y en intervenciones que buscan optimizar la composición de los equipos de salud; (v) inversión para fortalecer la organización y los modelos de gestión clínica y sanitaria de las redes de servicios y de las unidades que las componen; (vi) inversión para cubrir los gastos operativos de expansión de la atención, mediante modelos de prestación pública o privada con financiamiento público (incluyendo prestación por el sector privado sin fines de lucro y organizaciones de la sociedad civil); y (vii) desarrollar o consolidar el marco regulatorio necesario para una sólida articulación público-privada en materia de prestación privada de servicios que cuenten con financiamiento público y desarrollo de asociaciones público-privadas para la construcción y mantenimiento de infraestructura y equipamiento de hospitales y clínicas públicas y/o para la gestión clínica de las mismas.

5.13 **Actividades de conocimiento y difusión:** (i) apoyar a los países en el desarrollo de planes de inversión y análisis de sostenibilidad, mediante

- asistencia técnica y trabajo analítico; (ii) generar y sistematizar conocimiento sobre los modelos de organización y gestión de las redes, incluyendo una publicación sobre modelos de organización de redes integradas de servicios de salud en la región y otra sobre acceso, calidad y utilización de servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios; (iii) generar conocimiento en la utilización de técnicas de “*Big Data*” aplicada a grandes bases de datos administrativas y clínicas para avanzar en la evaluación del desempeño de redes de servicios de salud, incluyendo aspectos de eficiencia; (iv) sistematizar y generar conocimiento sobre modelos de integración socio-sanitaria para cuidados de largo plazo; y (v) sistematizar y generar conocimiento acerca de APP en el sector salud en la región.
- 5.14 Esta línea de actividades contará, donde sea pertinente, con la colaboración del Sector de Cambio Climático y Desarrollo Sostenible (CSD), Sector de Instituciones para el Desarrollo (IFD) y la Oficina de Servicios de Gestión Financiera para Operaciones (FMP), según sus siglas en inglés.
- C. Dimensión del Éxito 3. La protección financiera se logra través de un gasto en salud eficiente.**
- 5.15 **Para lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos para todos, es imprescindible aumentar la eficiencia de la recaudación y del uso de los recursos en el sector salud.** La tercera dimensión del éxito comprende los sistemas de financiamiento y los mecanismos de priorización del gasto y del uso de tecnologías médicas, y reconoce que el recaudo, asignación y gestión de los recursos con criterios de eficiencia y efectividad, son necesarios para alcanzar un alto grado de protección financiera y la sostenibilidad de los sistemas. El propósito de esta dimensión es apoyar a los países en el fortalecimiento del marco de financiamiento y de gestión eficiente del gasto público en salud para lograr los mejores resultados con los recursos disponibles.
- 5.16 **Líneas de acción:** (i) mejorar la eficiencia económica y administrativa de los esquemas de recaudo y mancomunación de recursos para el financiamiento público del sector salud; (ii) promover un enfoque sistemático para decidir qué tecnologías sanitarias deberían cubrirse con recursos públicos, bajo qué circunstancias y para quién; y (iii) fortalecer los procesos de compras estratégicas y de financiamiento y gestión por resultados.
- 5.17 **Actividades operativas:** (i) fortalecer la capacidad de las instituciones del sector para modelar los patrones futuros de demanda de servicios y sus respectivas proyecciones de gastos; (ii) apoyar los procesos de reforma en las funciones de recaudo, mancomunación y administración de recursos para el financiamiento de la salud; y (iii) contribuir a la creación de procesos sistemáticos y legítimos para las decisiones de cobertura de tecnologías sanitarias con recursos públicos, basados en evidencia rigurosa, así como al fortalecimiento de las instituciones encargadas de la evaluación, regulación y compra de dichas tecnologías.

5.18 **Actividades de conocimiento y difusión:** (i) expansión de la red de conocimiento sobre procesos de priorización del gasto de salud, incluyendo la publicación de sistematizaciones metodológicas y de experiencias; (ii) generación de conocimiento sobre medición de las múltiples dimensiones de eficiencia de gasto en el sector; (iii) desarrollo, mediante asistencia técnica, de capacidad institucional del sector salud en procesos de planificación y de gestión de presupuesto por resultado, y en el diseño e implementación de mecanismos de FBR; y (iv) publicación de sistematizaciones metodológicas y de evaluaciones de impacto sobre mecanismos de RBF.

5.19 Esta línea de actividades contará, donde sea pertinente, con la colaboración entre SPH, División de Mercados Laborales (LMK), División de Capacidad Institucional del Estado (ICS) y División de Gestión Fiscal y Municipal (FMM), entre otros.

D. Dimensión del Éxito 4. La gobernanza del sector busca la eficiencia y el liderazgo de las autoridades sanitarias y promueve la coordinación intersectorial para el logro de resultados.

5.20 **Frente a un panorama macroeconómico y fiscal más desafiante, es creciente la importancia de enfatizar la eficiencia en la gobernanza del sector y la coordinación intersectorial para el logro de resultados de salud.** Finalmente, la cuarta y última dimensión del éxito tiene que ver con la gobernanza de los sistemas de salud, es decir con la capacidad de formular, planificar, implementar y rendir cuentas de la provisión de servicios de salud en gran escala. El ejercicio de la gobernanza implica un liderazgo en el sector salud para articular políticas y programas intersectoriales que tienen impacto en los resultados de salud poblacional (por ejemplo, programas de agua y saneamiento, políticas de tributación sobre el consumo de tabaco, alcohol, desarrollo de espacios aptos para la actividad física, consumos de alimentos saludables, entre otros). La gobernanza también es clave en las acciones de prevención y control de enfermedades infecciosas emergentes, por ejemplo para lograr la coordinación intersectorial en acciones de control de vectores. Asimismo, esta última dimensión del éxito también resalta la creciente importancia de la adopción de enfoques holísticos para tratar los temas de salud asociados al perfil demográfico y epidemiológico de la región. Por ejemplo, la provisión adecuada de cuidados al final de la vida requiere de trabajo integrado entre los sectores de salud y de protección social.

5.21 **Líneas de acción:** (i) apoyo a la definición de responsabilidades de los diferentes actores del sector salud en cuanto a las funciones del sistema (gobernanza, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos); (ii) fortalecimiento de la capacidad institucional de las autoridades sanitarias para ejercer la conducción sectorial, la inteligencia sanitaria, la regulación y la supervisión y la articulación intersectorial; y (iii) diálogo con unidades estratégicas de los gobiernos encargadas de la coordinación intersectorial de políticas que tienen impacto en la salud de la población.

5.22 **Actividades operativas:** (i) apoyar a los Ministerios de Salud en definir y articular responsabilidades entre los actores del sistema, a nivel nacional y subnacional, y fortalecer la capacidad de conducción sectorial de dichos

ministerios, y/o de las unidades estratégicas de los gobiernos encargadas de la coordinación intersectorial, en términos de formulación y ejecución de políticas nacionales de salud y de planes estratégicos que consoliden distintos esfuerzos, tanto del sector público como del privado y de la sociedad civil; (ii) apoyar el fortalecimiento de la función de inteligencia sanitaria de los Ministerios de Salud a nivel nacional y, donde sea pertinente, a nivel subnacional mediante inversión en la generación y utilización eficiente de información a nivel individual y poblacional del registro civil, prevalencia de enfermedades, amenazas epidemiológicas emergentes y evolución de pandemias, así como información acerca de hábitos de vida y factores de riesgo, de producción y utilización de servicios y de costos, de recursos humanos y físicos, de afiliación y cobertura, de utilización de servicios; y (iii) mejorar la capacidad institucional de los Ministerios de Salud para ejercer funciones de regulación, supervisión, rendición de cuentas, y participación ciudadana.

- 5.23 Esta línea de actividades contará, donde sea pertinente, con la colaboración entre SPH y otras divisiones del Banco, por ejemplo para temas de inversión en agua y saneamiento, espacios urbanos, políticas de tributación, entre otros.
- 5.24 Finalmente, entre las líneas de acción se plantea la organización de diálogos regionales de políticas sobre los temas prioritarios presentados en este SFD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akashi, Hidechika, Yasuyo Osanai, and Rumiko Akashi. 2015. "Human Resources for Health Development: Toward Realizing Universal Health Coverage in Japan." *BioScience Trends* 9 (5): 275–279. doi:10.5582/bst.2015.01125.
- Alonso, Paloma, Diana M Pinto, and Ignacio Astorga. 2015. "Asociaciones Público-Privadas en la Literatura Científica Menos Cuentos, Más Evidencia. Asociaciones Público-Privadas en la Literatura Científica." IDB-TN-882. Nota Técnica del Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC.
- Alonso, Paloma, Diana Pinto, Ignacio Astorga, and Jazmin Freddi. 2015. "Requerimientos Generales y Específicos para los Contratos de Asociaciones Público-Privadas en Salud." IDB-TN-823. Nota Técnica del Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, DC.
- Alonso, Paloma, Diana Pinto, Ignacio Astorga, and Jazmin Freddi. 2014. "Conceptos Generales y Modelos: Serie de Notas Técnicas Sobre Asociaciones Público-Privadas En El Sector de La Salud de América Latina." IDB-TN-714. Nota Técnica del Banco Inter-Americano de Desarrollo. Washington, DC.
- Arruda, Guilherme Oliveira de, and Sonia Silva Marcon. 2016. "Survey on the Use of Health Services by Adult Men: Prevalence Rates and Associated Factors." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 24. doi:10.1590/1518-8345.0296.2685.
- Atun, Rifat, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, T Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patricia Garcia, et al. 2014. "Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America." *The Lancet* 6736 (14) (October): 1–18. doi:10.1016/S0140-6736(14)61646-9.
- Atun, Rifat, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, T Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patricia Garcia, et al. 2014. "Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America." *The Lancet* 6736 (14) (October): 1–18. doi:10.1016/S0140-6736(14)61646-9.
- Bezerra Barbosa, Nelson, Helen de Lima, Andrei Machado Viegas da Trindade, Natália Vieira Dias, Mariana Vilela de Castro, and Caroline Kwiatkoski dos Santos. 2015. "As organizações sociais de saúde como forma de gestão público-privada em Goiás – o caso Huana". *Revista do Serviço Público* 66 (1) 121-144 jan/mar 2015.
- Barnes, Kathleen A, Kroening-roche, Jason C. Comfort, Branden W. 2012. The developing vision of primary care; *The New England journal of medicine*, Vol.367 (10), pp.891-3
- Batterham, R W, M Hawkins, P A Collins, R Buchbinder, and R H Osborne. 2016. "Health Literacy: Applying Current Concepts to Improve Health Services and Reduce Health Inequalities." *Public Health* 132 (March): 3–12. doi:10.1016/j.puhe.2016.01.001.
- Belle, Ashwin, Raghuram Thiagarajan, S. M. Reza Soroushmehr, Fatemeh Navidi, Daniel A. Beard, and Kayvan Najarian. 2015. "Big Data Analytics in Healthcare." *BioMed Research International* 2015 (8): 1–16. doi:10.1155/2015/370194.
- Bengoa, Rafael. 2013. "Transforming Health Care: An Approach to System-Wide Implementation." *International Journal of Integrated Care* 13 (Jul-Sep): 1–4.
- Beratarrechea, Andrea, Allison G. Lee, Jonathan M. Willner, Eiman Jahangir, Agustín Ciapponi, and Adolfo Rubinstein. 2014. "The Impact of Mobile Health Interventions on Chronic

Disease Outcomes in Developing Countries: A Systematic Review.” *Telemedicine and E-Health* 20 (1) (January): 75–82. doi:10.1089/tmj.2012.0328.

- Berezin, Eitan N., and Fortino Solórzano. 2014. “Gram-Negative Infections in Pediatric and Neonatal Intensive Care Units of Latin America.” *Journal of Infection in Developing Countries* 8 (8): 942–953. doi:10.3855/jidc.4590.
- Berkman, L, I Kawachi, and M Glymour. 2014. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bernal P, Celhay P, Martínez S. Results Based Aid for National Governments: Impacts on the Delivery of Health Services in El Salvador. Preliminary results, Salud Mesoamerica Initiative. Washington, DC: Inter-American Development Bank, 2016.
- Bloom, David E, David Canning, and Günther Fink. 2013. “Disease and Development Revisited Disease and Development Revisited.” 7391. IZA Discussion Paper. Bonn, Germany.
- Bodenheimer, Thomas, Amireh Ghorob, Rachel Willard-Grace, and Kevin Grumbach. 2014. “The 10 Building Blocks of High-Performing Primary Care.” *Annals of Family Medicine* 12 (2): 166–71. doi:10.1370/afm.1616.
- Boyle, Seán. 2011. *United Kingdom (England): Health System Review. Health Systems in Transition*. Vol. 13. Geneva: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bradley, Elizabeth H, Lauren A Taylor, and Carlos J Cuellar. 2015. “Management Matters: A Leverage Point for Health Systems Strengthening in Global Health.” *Int J Health Policy Manag. Int J Health Policy Manag* 4 (47): 411–415. doi:10.15171/ijhpm.2015.101.
- Caldas de Almeida, J M. 2013. “Mental Health Services Development in Latin America and the Caribbean: Achievements, Barriers and Facilitating Factors.” *International Health* 5 (1) (March): 15–8. doi:10.1093/inthealth/ihs013.
- Campbell, James, Giorgio Cometto, Kumanan Rasanathan, Edward Kelley, Shamsuzzoha Syed, Pascal Zurn, Luc de Bernis, et al. 2015. “Improving the Resilience and Workforce of Health Systems for Women’s, Children’s, and Adolescents’ Health.” *BMJ (Clinical Research Ed.)* 351: h4148.
- Cañón, Oscar, Claudia Vacca, and Ursula Giedion. 2016. “La Articulación En Los Sistemas de Priorización.” Nota Técnica Red Criterias. Washington, DC.
- Cejas, Cintia, María Delia Péné, Alejandro Macchia, and Daniel Ferrante. 2015. “Evaluar Para Seguir Adelante: Resultados del Programa Redes.” Buenos Aires.
- Cetrángolo, Oscar. 2014. “Financiamiento Fragmentado, Cobertura Desigual Y Falta de Equidad en el Sistema de Salud Argentino.” *Rev de Economía Política de Buenos Aires* 13: 145–183.
- Chaker, Layal, Abby Falla, Sven J. van der Lee, Taulant Muka, David Imo, Loes Jaspers, Veronica Colpani, et al. 2015. “The Global Impact of Non-Communicable Diseases on Macro-Economic Productivity: A Systematic Review.” *European Journal of Epidemiology* 30 (5) (May 3): 357–395. doi:10.1007/s10654-015-0026-5.
- Chisholm, Dan, and David B Evans. 2010. *Improving Health System Efficiency as a Means of Moving Towards Universal Coverage*. World Health Report (2010) Background Paper, 28. Geneva: World Health Organization.
- Chisholm, Dan, Kim Sweeny, Peter Sheehan, Bruce Rasmussen, Filip Smit, Pim Cuijpers, and Shekhar Saxena. 2016. “Scaling-up Treatment of Depression and Anxiety: A Global Return

on Investment Analysis." *The Lancet Psychiatry* 3 (5): 415–424. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4.

- Colchero, M Arantxa, Juan Carlos Salgado, Mishel Unar-Munguía, Mariana Molina, Shuwen Ng, and Juan Angel Rivera-Dommarco. 2015. "Changes in Prices After an Excise Tax to Sweetened Sugar Beverages Was Implemented in Mexico: Evidence from Urban Areas." *PloS One* 10 (12): e0144408. doi:10.1371/journal.pone.0144408.
- Colson, K. Ellicott, Paola Zúñiga-Brenes, Diego Ríos-Zertuche, Carlos J. Conde-Glez, Marielle C. Gagnier, Erin Palmisano, Dharani Ranganathan, et al. 2015. "Comparative Estimates of Crude and Effective Coverage of Measles Immunization in Low-Resource Settings: Findings from Salud Mesoamérica 2015." *PLoS ONE* 10 (7): 1–21. doi:10.1371/journal.pone.0130697.
- Comín-Colet, Josep, José María Verdú-Rotellar, Emili Vela, Montse Clèries, Montserrat Bustins, Lola Mendoza, Neus Badosa, Mercè Cladellas, Sofía Ferré, and Jordi Bruguera. 2014. "Eficacia de Un Programa Integrado Hospital-Atención Primaria Para La Insuficiencia Cardíaca: Análisis Poblacional Sobre 56.742 Pacientes." *Revista Española de Cardiología* 67 (4) (April): 283–293. doi:10.1016/j.recesp.2013.12.007.
- Conde-Agudelo, Agustin, José M Belizán, and Cristina Lammers. 2005. "Maternal-Perinatal Morbidity and Mortality Associated with Adolescent Pregnancy in Latin America: Cross-Sectional Study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 192 (2) (February): 342–9. doi:10.1016/j.ajog.2004.10.593.
- Cordero Muñoz, Luis. 2010. *Salud de la mujer indígena: Intervenciones para reducir la muerte materna*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID). ISBN 978-1-59782-110-0
- Cortez, Rafael, and Daniela Romero. 2013. "Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program." 12. UNICO Studies Series. Washington, DC.
- Cotlear, Daniel, Somil Nagpal, Owen Smith, Ajay Tandon, and Rafael Cortez. 2015. *Going Universal: How 24 Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom up*. Vol. 1. Washington, DC: World Bank. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
- Crettenden, Ian F, Maureen V McCarty, Bethany J Fenech, Troy Heywood, Michelle C Taitz, and Sam Tudman. 2014. "How Evidence-Based Workforce Planning in Australia Is Informing Policy Development in the Retention and Distribution of the Health Workforce." *Human Resources for Health* 12: 7. doi:10.1186/1478-4491-12-7.
- Cumin, David, Carmen Skilton, and Jennifer Weller. 2016. "Information Transfer in Multidisciplinary Operating Room Teams: A Simulation-Based Observational Study." *BMJ Quality & Safety* (March 16). doi:10.1136/bmjqs-2015-005130.
- De Boni, Raquel, Valdilea G Veloso, and Beatriz Grinsztejn. 2014. "Epidemiology of HIV in Latin America and the Caribbean." *Current Opinion in HIV and AIDS* 9 (2) (March): 192–8. doi:10.1097/COH.0000000000000031.
- De la Maisonnette, Christine, and Joaquim Oliveira Martins. 2013. "Public Spending on Health and Long-Term Care: A New Set of Projections." 26. OECD Economic Policy Papers. Paris.
- de Meijer, Claudine, Owen O'Donnell, Marc Koopmanschap, and Eddy van Doorslaer. 2013. "Health Expenditure Growth: Looking beyond the Average through Decomposition of the Full Distribution." *Journal of Health Economics* 32 (1): 88–105. doi:10.1016/j.jhealeco.2012.10.009.

- de Onis, Mercedes, Monika Blössner, and Elaine Borghi. 2012. "Prevalence and Trends of Stunting among Pre-School Children, 1990–2020." *Public Health Nutrition* 15 (01): 142–148. doi:10.1017/S1368980011001315.
- Dhillon, Vardeep Singh, and Dilpreet Kaur. 2015. "Green Hospital and Climate Change: Their Interrelationship and the Way Forward." *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 9 (12): LE01–LE05. doi:10.7860/JCDR/2015/13693.6942.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, et al. 2013. "Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses." *Lancet* 381 (9866) (February 16): 585–97. doi:10.1016/S0140-6736(12)61851-0.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, et al. 2013. "Inequalities in Non-communicable Diseases and Effective Responses." *Lancet* 381 (9866) (February 16): 585–97.
- Dinesen, Birthe, Brandie Nonnecke, David Lindeman, Egon Toft, Kristian Kidholm, Kamal Jethwani, Heather M. Young, et al. 2016. "Personalized Telehealth in the Future: A Global Research Agenda." *Journal of Medical Internet Research* 18 (3): e53. doi:10.2196/jmir.5257.
- Diogène, Eduard, and Albert Figueras. 2011. "What Public Policies Have Been More Effective in Promoting Rational Prescription of Drugs?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (5) (May): 387–8. doi:10.1136/jech.2009.101311.
- Dondo, Mariana, Mauricio Monsalvo, and Lucas A Garibaldi. 2016. "[Determinants of Equity in Financing Medicines in Argentina: An Empirical Study]." *Cadernos de Saúde Pública* 32 (1): 1–14. doi:10.1590/0102-311X00012215.
- Eldridge C, Palmer N. 2009. Performance-based payment: some reflections on the discourse, evidence and unanswered questions. *Health Policy Plan*. May;24(3):160-6. doi: 10.1093/heapol/czp002. Epub 2009 Feb 7.
- Emmerick, Isabel Cristina Martins, Jose Miguel Jr do Nascimento, Marco Aurelio Pereira, Vera Lucia Luiza, and Dennis Ross-Degnan. 2015. "Farmacia Popular Program: Changes in Geographic Accessibility of Medicines during Ten Years of a Medicine Subsidy Policy in Brazil." *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice* 8 (1): 10. doi:10.1186/s40545-015-0030-x.
- Emmerick, Isabel Cristina Martins, Vera Lucia Luiza, Luiz Antonio Bastos Camacho, Catherine Vialle-Valentin, and Dennis Ross-Degnan. 2015. "Barriers in Household Access to Medicines for Chronic Conditions in Three Latin American Countries." *International Journal for Equity in Health* 14 (1): 115.
- Falbe, Jennifer, Nadia Rojas, Anna H. Grummon, and Kristine A. Madsen. 2015. "Higher Retail Prices of Sugar-Sweetened Beverages 3 Months after Implementation of an Excise Tax in Berkeley, California." *American Journal of Public Health* 105 (11): 2194–2201. doi:10.2105/AJPH.2015.302881.
- Fan, Victoria Y, and William D Savedoff. 2014. "The Health Financing Transition: A Conceptual Framework and Empirical Evidence." *Social Science & Medicine* (1982) 105 (March): 112–21. doi:10.1016/j.socscimed.2014.01.014.
- Figuroa, J. P. 2008. "The HIV Epidemic in the Caribbean Meeting the Challenges of Achieving Universal Access to Prevention, Treatment and Care." *West Indian Medical Journal* 57 (3): 195–203. doi:10.2144/000113917.

- Floyd, Barbara O'Malley, and Nadene Brunk. "Utilizing Task Shifting to Increase Access to Maternal and Infant Health Interventions: A Case Study of Midwives for Haiti." *Journal of Midwifery & Women's Health* 61 (1): 103–11. doi:10.1111/jmwh.12396.
- French, Martin, and Eric Mykhalovskiy. 2013. "Public Health Intelligence and the Detection of Potential Pandemics." *Sociology of Health and Illness* 35 (2): 174–187. doi:10.1111/j.1467-9566.2012.01536.x.
- Gabrysch, Sabine, Claudia Lema, Eduardo Bedriñana, Marco a Bautista, Rosa Malca, and Oona Mr Campbell. 2009. "Cultural Adaptation of Birthing Services in Rural Ayacucho, Peru." *Bulletin of the World Health Organization* 87 (9) (September 1): 724–729. doi:10.2471/BLT.08.057794.
- GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. 2015. "Global, Regional, and National Age-Sex Specific All-Cause and Cause-Specific Mortality for 240 Causes of Death, 1990-2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet (London, England)* 385 (9963) (January 10): 117–71. doi:10.1016/S0140-6736(14)61682-2.
- Giedion, Ursula, Ricardo Bitrán, and Iñez Tristao, ed. 2014. *Planes de Beneficios En Salud de América Latina*. Washington, DC: Inter-American Development Bank. www.iadb.org/salud.
- Ginsberg, Gary Michael, Tessa Tan-Torres Edejer, Jeremy A Lauer, and Cecilia Sepulveda. 2009. "Screening, Prevention and Treatment of Cervical Cancer -- a Global and Regional Generalized Cost-Effectiveness Analysis." *Vaccine* 27 (43) (October 9): 6060–79. doi:10.1016/j.vaccine.2009.07.026.
- Giovanella, Ligia, Patty Fidelis de Almeida, Román Vega Romero, Suelen Oliveira, Herland Tejerina Silva, Ligia Giovanella, Patty Fidelis de Almeida, Román Vega Romero, Suelen Oliveira, and Herland Tejerina Silva. 2015. "Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: Concepciones, Componentes y Desafíos." *Saúde Em Debate* 39 (105): 300–322. doi:10.1590/0103-110420151050002002.
- Glassman, Amanda, Kalipso Chalkidou, Ursula Giedion, Yot Teerawattananon, Sean Tunis, Jesse B. Bump, and Andres Pichon-Riviere. 2012. "Priority-Setting Institutions in Health: Recommendations from a Center for Global Development Working Group." *Global Heart* 7 (1): 13–34. doi:10.1016/j.ghheart.2012.01.007.
- González González, Jaime, Guillermo Rico García, Ana María Izaguirre Zapatera, Sergio de Ángel Larrinaga, and Manuel Lor Martín. 2016. "Mujeres Cuidadoras: Intervención Comunitaria En Mujeres Promotoras de Salud Rural." *Medicina General Y de Familia* 5 (x x): 10–13. doi:10.1016/j.mgyf.2015.12.007.
- Goss, Paul E, Brittany L Lee, Tanja Badovinac-crnjevic, Kathrin Strasser-weippl, Yanin Chavarri-guerra, Jessica St Louis, Cynthia Villarreal-garza, et al. 2013. "La Planificación Del Control Del Cáncer En América Latina Y El Caribe." *Lancet Oncology* 14: 391–436. www.thelancet.com/oncology.
- Grogger, Jeffrey. 2015. "Soda Taxes and the Prices of Sodas and Other Drinks: Evidence from Mexico." *National Bureau of Economic Research (NBER): Working paper* 21197. doi:10.3386/w21197.
- Groves, P, B Kayyali, D Knott, and S Van Kuiken. 2013. "The 'Big Data' revolution in Healthcare." *McKinsey Quarterly* (January): 22.
- Grunfeld, Eva, Donna Manca, Rahim Moineddin, Kevin E Thorpe, Jeffrey S Hoch, Denise Campbell-Scherer, Christopher Meaney, et al. 2013. "Improving Chronic Disease Prevention and Screening in Primary Care: Results of the Better Pragmatic Cluster

- Randomized Controlled Trial." *BMC Family Practice* 14: 175. doi:10.1186/1471-2296-14-175.
- Guanais, Frederico C. 2013. "The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998-2010." *American Journal of Public Health* 103 (11) (September 12).
- Gucciardi, Enza, Mandana Vahabi, Nicole Norris, John Paul Del Monte, and Cecile Farnum. 2014. "The Intersection between Food Insecurity and Diabetes: A Review." *Current Nutrition Reports* 3 (4): 324–332. doi:10.1007/s13668-014-0104-4.
- Guindon, G. Emmanuel, Guillermo R. Paraje, and Frank J. Chaloupka. 2015. "The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean." *American Journal of Public Health* 105 (3): e9–e19. doi:10.2105/AJPH.2014.302396.
- Guindon, G. Emmanuel, Guillermo R. Paraje, and Frank J. Chaloupka. 2015. "The Impact of Prices and Taxes on the Use of Tobacco Products in Latin America and the Caribbean." *American Journal of Public Health* 105 (3): e9–e19. doi:10.2105/AJPH.2014.302396.
- Hallal, Pedro C., Lars Bo Andersen, Fiona C. Bull, Regina Guthold, William Haskell, Ulf Ekelund, Jasem R. Alkandari, et al. 2012. "Global Physical Activity Levels: Surveillance Progress, Pitfalls, and Prospects." *The Lancet* 380 (9838): 247–257. doi:10.1016/S0140-6736(12)60646-1.
- Hansen, Johan, Peter P. Groenewegen, Wienke G W Boerma, and Dionne S. Kringos. 2015. "Living in a Country with a Strong Primary Care System Is Beneficial to People with Chronic Conditions." *Health Affairs* 34 (9): 1531–1537. doi:10.1377/hlthaff.2015.0582.
- Hibbard, Judith H, and Jessica Greene. 2013. "What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs." *Health Affairs (Project Hope)* 32 (2) (March): 207–14.
- Horton, Richard, and Pamela Das. 2014. "Universal Health Coverage: Not Why, What, or When—but How?" *The Lancet* 6736 (14) (October): 6–7. doi:10.1016/S0140-6736(14)61742-6.
- Hussmann, Karen. 2011. "Addressing Corruption in the Health Sector. Securing Equitable Access to Health Care for Everyone". Bergen: Chr. Michelsen Institute (U4 Issue 2011:1) 39 p.
- Jomo, KS, Anis Chowdhury, Krishnan Sharma, and Daniel Platz. 2016. "Public-Private Partnerships and the 2030 Agenda for Sustainable Development : Fit for Purpose ?" 148. DESA Working Paper. New York, NY.
- Joshi, Rohina, Mohammed Alim, Andre Pascal Kengne, Stephen Jan, Pallab K. Maulik, David Peiris, and Anushka A. Patel. 2014. "Task Shifting for Non-Communicable Disease Management in Low and Middle Income Countries - A Systematic Review." *PLoS ONE* 9 (8). doi:10.1371/journal.pone.0103754.
- Jumpa, Manuel, Stephen Jan, and Anne Mills. 2007. "The Role of Regulation in Influencing Income-Generating Activities among Public Sector Doctors in Peru." *Human Resources for Health* 5: 5. doi:10.1186/1478-4491-5-5.
- Kaiser, Ulrich, Susan J Mendez, Thomas Rønnde, and Hannes Ullrich. 2014. "Regulation of Pharmaceutical Prices: Evidence from a Reference Price Reform in Denmark." *Journal of Health Economics* 36 (July): 174–87. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.04.003.
- Kaplan, Warren A., Lindsay Sarah Ritz, Marie Vitello, and Veronika J. Wirtz. 2012. "Policies to Promote Use of Generic Medicines in Low and Middle Income Countries: A Review of Published Literature, 2000–2010." *Health Policy* 106 (3) (August): 211–224. doi:10.1016/j.healthpol.2012.04.015.

- Kempe KL, Larson RS, Shetterley S, Wilkinson A. 2013. Breast cancer screening in an insured population: whom are we missing?. *Perm J.* 2013 Winter;17(1):38-44. doi: 10.7812/TPP/12-068.
- King, Malcolm, Alexandra Smith, and Michael Gracey. 2009. "Indigenous Health Part 2: The Underlying Causes of the Health Gap." *Lancet* 374 (9683) (July 4): 76–85.
- Kolodin, S, G Rodríguez, and K Alegría-Flores. 2015. *Asuntos de Familia: Estudio Cualitativo Sobre las Redes Sociales Durante el Embarazo y Parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras Y Nicaragua.* Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Kringos, Dionne S, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen. 2013. "Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending." *Health Affairs (Project Hope)* 32 (4) (April): 686–94. doi:10.1377/hlthaff.2012.1242.
- Kringos, Dionne, Wienke Boerma, Yann Bourgueil, Thomas Cartier, Toni Dedeu, Toralf Hasvold, Allen Hutchinson, et al. 2013. "The Strength of Primary Care in Europe: An International Comparative Study." *The British Journal of General Practice : The Journal of the Royal College of General Practitioners* 63 (November): e742–50. doi:10.3399/bjgp13X674422.
- Krol, Marieke, and Werner Brouwer. 2014. "How to Estimate Productivity Costs in Economic Evaluations." *Pharmacoeconomics* 32 (4): 335–344. doi:10.1007/s40273-014-0132-3.
- Kutzin J, Jakab M, Cashin C. 2010. Lessons from health financing reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. *Health Econ Policy Law.* Apr;5(2):135-47. doi: 10.1017/S1744133110000010. Epub 2010 Mar 15.
- Kutzin, Joseph. 2013. "Health Financing for Universal Coverage and Health System Performance : Concepts and Implications for Policy." *Bulletin of the World Health Organization* Article ID (BLT.12.113985): 1–21.
- La Forgia, Gerard M, and April Harding. 2009. "Public-Private Partnerships and Public Hospital Performance in São Paulo, Brazil." *Health Affairs (Project Hope)* 28 (4): 1114–26. doi:10.1377/hlthaff.28.4.1114.
- La Forgia, Gerard M., and Bernard F. Couttolenc. 2008. *Hospital Performance in Brazil. The Search for Excellence.* Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-7358-3.
- Leer, J., F. López Boo y A. Pérez Expósito. 2014. "Programas de primera infancia: calidad de programas de visitas domiciliarias para el fortalecimiento de pautas de crianza". Washington, D.C.: BID. (Documento inédito.)
- Lubbock, Lindsey Ann, and Rob B Stephenson. 2008. "Utilization of Maternal Health Care Services in the Department of Matagalpa, Nicaragua." *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health* 24 (2) (August): 75–84.
- Mac Arthur, Ian, Jennifer Nelson, and Martha Woodye. 2014. "Quality Improvement of Health Care in Belize : Focusing on Results." IDB-TN-661. Inter-American Development Bank Technical Note. Washington, DC.
- Macinko, J., and F.C. Guanais. 2015. "Population Experiences of Primary Care in 11 Organization for Economic Cooperation and Development Countries." *International Journal for Quality in Health Care* 27 (6): 443–450. doi:10.1093/intqhc/mzv074.
- Martín-Lesende, Iñaki, Estibalitz Orruño, Amaia Bilbao, Itziar Vergara, M^a Carmen Cairo, Juan Carlos Bayón, Eva Reviriego, et al. 2013. "Impact of Telemonitoring Home Care Patients

with Heart Failure or Chronic Lung Disease from Primary Care on Healthcare Resource Use (the TELBIL Study Randomised Controlled Trial).” *BMC Health Services Research* 13 (January): 118. doi:10.1186/1472-6963-13-118.

- Mascia, Daniele, Federica Angeli, and Fausto Di Vincenzo. 2015. “Effect of Hospital Referral Networks on Patient Readmissions.” *Social Science & Medicine (1982)* 132 (May): 113–21. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.029.
- McKinsey & Company. 2011. “Big Data: The next Frontier for Innovation, Competition, and Productivity.” *McKinsey Global Institute* (June): 156. doi:10.1080/01443610903114527.
- McPake, Barbara, Giuliano Russo, David Hipgrave, Krishna Hort, and James Campbell. 2016. “Implications of Dual Practice for Universal Health Coverage.” *Bulletin of the World Health Organization* 94 (2) (February 1): 142–6. doi:10.2471/BLT.14.151894.
- Mdege, Noreen Dadirai, Stanley Chindove, and Shehzad Ali. 2013. “The Effectiveness and Cost Implications of Task-Shifting in the Delivery of Antiretroviral Therapy to HIV-Infected Patients: A Systematic Review.” *Health Policy and Planning* 28 (3): 223–236. doi:10.1093/heapol/czs058.
- Mehta, P. P., J. E. Santiago-Torres, C. E. Wisely, K. Hartmann, F. A. Makadia, M. J. Welker, and D. L. Habash. 2016. “Primary Care Continuity Improves Diabetic Health Outcomes: From Free Clinics to Federally Qualified Health Centers.” *The Journal of the American Board of Family Medicine* 29 (3): 318–324.
- Mendes, Eugênio Vilaça. 2013. *Las Redes de Atención de Salud*. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS.
- Mignone, Javier, Judith Bartlett, John O’Neil, and Treena Orchard. 2007. “Best Practices in Intercultural Health: Five Case Studies in Latin America.” *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine* 3 (January): 31.
- Mikkelsen, Lene, David E. Phillips, Carla Abouzahr, Philip W. Setel, Don De Savigny, Rafael Lozano, and Alan D. Lopez. 2015. “A Global Assessment of Civil Registration and Vital Statistics Systems: Monitoring Data Quality and Progress.” *The Lancet* 386 (10001): 1395–1406. doi:10.1016/S0140-6736(15)60171-4.
- Miranda, J. Jaime, Victor M. Herrera, Julio A. Chirinos, Luis F. Gómez, Pablo Perel, Rafael Pichardo, Angel González, et al. 2013. “Major Cardiovascular Risk Factors in Latin America: A Comparison with the United States. The Latin American Consortium of Studies in Obesity (LASO).” *PLoS ONE* 8 (1): 1–10. doi:10.1371/journal.pone.0054056.
- Mokdad, Ali H, Katherine Colson, Paola Zúñiga-Brenes, Diego Ríos-Zertuche, Erin B Palmisano, Eyleen Alfaro-Porras, Brent W Anderson, et al. 2015. “Salud Mesoamérica 2015 Initiative: Design, Implementation, and Baseline Findings.” *Population Health Metrics* 13 (1): 3. doi:10.1186/s12963-015-0034-4.
- Molina-Millan, Teresa, Tania Barham, Karen Macours, John A. Maluccio, and Marco Stampini. 2016. “Long-Term Impacts of Conditional Cash Transfers in Latin America: Review of the Evidence.” IDB-TN-923. Inter-American Development Bank Technical Note. Washington, DC.
- Montenegro, Hernán, Reynaldo Holder, Caroline Ramagem, Soledad Urrutia, Renato Tasca, Osvaldo Salgado, Gerardo Alfaro, and Maria Angélica. 2011. “Combating Health Care Fragmentation Through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas : Lessons Learned.” *Journal of Integrated Care* 19 (5): 5–16.

- Moreno-Serra, Rodrigo, and Peter C. Smith. 2015. "Broader Health Coverage Is Good for the Nation's Health: Evidence from Country Level Panel Data." *Journal of the Royal Statistical Society. Series A: Statistics in Society* 178 (1): 101–124. doi:10.1111/rssa.12048.
- Morera-Salas, Melvin. 2015. "Análisis de Eficiencia Relativa de Hospitales Públicos de Costa Rica." *Población Y Salud En Mesoamérica* 12 (2) (January 1). doi:10.15517/psm.v12i2.17220.
- Naimi, Timothy S, James I Daley, Ziming Xuan, Jason G Blanchette, Frank J Chaloupka, and David H Jernigan. 2016. "Who Would Pay for State Alcohol Tax Increases in the United States?" *Preventing Chronic Disease* 13: E67. doi:10.5888/pcd13.150450.
- Nesbitt, Thomas S, Madan Dharmar, Jana Katz-Bell, Gunnar Hartvigsen, and James P Marcin. 2013. "Telehealth at UC Davis--a 20-Year Experience." *Telemedicine Journal and E-Health : The Official Journal of the American Telemedicine Association* 19 (5) (May): 357–62. doi:10.1089/tmj.2012.0284.
- Neumann, Peter J, Joshua T Cohen, and Milton C Weinstein. 2014. "Updating Cost-Effectiveness--the Curious Resilience of the \$50,000-per-QALY Threshold." *The New England Journal of Medicine* 371 (9) (August 28): 796–7. doi:10.1056/NEJMp1405158.
- Ng, Marie, Michael K Freeman, Thomas D Fleming, Margaret Robinson, Laura Dwyer-Lindgren, Blake Thomson, Alexandra Wollum, et al. 2014. "Smoking Prevalence and Cigarette Consumption in 187 Countries, 1980-2012." *Jama* 311 (2): 183–92. doi:10.1001/jama.2013.284692.
- Nicholson, Caroline, Claire Jackson, and John Marley. 2013. "A Governance Model for Integrated Primary/secondary Care for the Health-Reforming First World - Results of a Systematic Review." *BMC Health Services Research* 13: 528. doi:10.1186/1472-6963-13-528.
- Nigenda, Gustavo, and José Alberto Muños. 2015. "Projections of Specialist Physicians in Mexico: A Key Element in Planning Human Resources for Health." *Human Resources for Health* 13 (1): 79. doi:10.1186/s12960-015-0061-z.
- Nigenda, Gustavo, Laura Magaña-Valladares, and Doris Verónica Ortega-altamirano. 2013. "Recursos Humanos Para La Salud En El Contexto de La Reforma Sanitaria En México : Formación Profesional Y Mercado Laboral." *Gaceta Médica de México* 149: 555–61.
- Nutley, Tara, and Heidi W. Reynolds. 2013. "Improving the Use of Health Data for Health System Strengthening." *Global Health Action* 6 (0). doi:10.3402/gha.v6i0.20001.
- O'Brien, Thomas, and Ravi Kanbur. 2014. "The Operational Dimensions of Results-Based Financing." *Public Administration and Development* 34 (5) (December): 345–358. doi:10.1002/pad.1698.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). 2013. Mapa de densidad de recursos humanos en salud por cada 10 mil habitantes. PAHO/OPS. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). 2010. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. PAHO/OPS. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). 2009. Estrategia y Plan de Acción sobre la Salud Mental. PAHO/OPS. Washington, DC.
- Organización Panamericana de la Salud (PAHO/OPS). 2007. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. PAHO/OPS. Washington, DC.

- O'Toole, Thomas P., Erin E Johnson, Riccardo Aiello, Vincent Kane, and Lisa Pape. 2016. "Tailoring Care to Vulnerable Populations by Incorporating Social Determinants of Health: The Veterans Health Administration's 'Homeless Patient Aligned Care Team' Program." *Preventing Chronic Disease* 13 (1) (March 31): 150567. doi:10.5888/pcd13.150567.
- Ozcan, Yasar A., Marcos E. Lins, Maria Stella C Lobo, Angela Cristina M da Silva, Roberto Fiszman, and Basilio B. Pereira. 2010. "Evaluating the Performance of Brazilian University Hospitals." *Annals of Operations Research* 178 (1): 247–261. doi:10.1007/s10479-009-0528-1.
- Paixão, Enny S., Florisneide Barreto, Maria da Glória Teixeira, Maria da Conceição N. Costa, and Laura C. Rodrigues. 2016. "History, Epidemiology, and Clinical Manifestations of Zika: A Systematic Review." *American Journal of Public Health* 106 (4): 606–612. doi:10.2105/AJPH.2016.303112.
- Paixão, Marcelo, Irene Rossetto, Fabiana Montovanele, and Luiz Marcelo Carvano. 2010. *Relatório Anual Das Desigualdades Raciais No Brasil; 2009-2010. Constituição Cidadã, Seguridade Social E Seus Efeitos Sobre as Assimetrias de Cor Ou Raça*. Rio de Janeiro: Editora Garamond.
- Papanicolas, I, and Peter C Smith. 2013. *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. European Observatory on Health Systems and Policies. Bershire, England: Open University Press.
- Paterson, Jaclyn, Peter Berry, Kristie Ebi, and Linda Varangu. 2014. "Health Care Facilities Resilient to Climate Change Impacts." *International Journal of Environmental Research and Public Health* 11 (12): 13097–13116.
- Pelone, Ferruccio, Dionne S. Kringos, Peter Spreeuwenberg, Antonio G. De Belvis, and Peter P. Groenewegen. 2013. "How to Achieve Optimal Organization of Primary Care Service Delivery at System Level: Lessons from Europe." *International Journal for Quality in Health Care* 25 (4): 381–393. doi:10.1093/intqhc/mzt020.
- Pinto, Diana M, Pablo Ibararán, Marco Stampini, Katherine Grace Carman, Frederico C Guanais, Jill Luoto, Mario Sanchez, Jonathan Cali, and Inter-American Development Bank. 2014. "Applying Behavioral Tools to the Design of Health Projects." IDB-PB-228. Inter-American Development Bank Policy Brief. Washington, DC.
- Polanco, N. Toro, P. Vázquez Pérez, R. Nuño Solinís, and J. J. Mira Solves. 2014. "Evaluación del Nuevo Enfoque en Atención a la Cronicidad en las Organizaciones Sanitarias Integradas en el País Vasco." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 37 (2): 189–201.
- Pollard, A S, J J Paddle, T J Taylor, and A Tillyard. 2014. "The Carbon Footprint of Acute Care: How Energy Intensive Is Critical Care?" *Public Health* 128 (9) (September): 771–6. doi:10.1016/j.puhe.2014.06.015.
- Porter, Michael E, and Thomas H Lee. 2013. "The Strategy That Will Fix Healthcare." *Harvard Business Review* 1277 (October): 1–19.
- Porter, Michael E., and Thomas H. Lee. 2015. "Why Strategy Matters Now." *New England Journal of Medicine* 372 (18) (April 30): 1681–1684. doi:10.1056/NEJMp1502419.
- Quiñones, Esteban J., and Shalini Roy. 2016. "The Impact of Conditional Cash Transfer Programs on Indigenous Households in Latin America: Evidence from PROGRESA in Mexico" (February).
- Raghupathi, Wullianallur, and Viju Raghupathi. 2014. "Big Data Analytics in Healthcare: Promise and Potential." *Health Information Science and Systems* 2: 3. doi:10.1186/2047-2501-2-3.

- Rasella, Davide, Rosana Aquino, Carlos a T Santos, Rômulo Paes-Sousa, and Mauricio L Barreto. 2013. "Effect of a Conditional Cash Transfer Programme on Childhood Mortality: A Nationwide Analysis of Brazilian Municipalities." *Lancet* 382 (9886) (July 6): 57–64. doi:10.1016/S0140-6736(13)60715-1.
- Red Criteria. 2016a. "The 'cancer Industry' and the Pharmaceutical Policy in Germany." Based on a presentation by Dr. Wolfgang Greiner. Breves Red Criteria 11. Washington, DC.
- Red Criteria. 2016b. "Value Based Drug Reimbursement: Introduction to the Main Features of the German Pharmaceutical Policy." based on a presentation by Dr. Karl Lauterbach. Breves Red Criteria 12. Washington, DC.
- Red Criteria. 2016c. "Interrogantes Claves a La Hora de Diseñar Un Ente de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: Respuestas Desde Tres Perspectivas." Basado en el taller de trabajo organizado en Costa Rica. Breves Red Criteria 10. Washington, DC.
- Red Criteria. 2016d. "Fortalecer La Capacidad de Discernimiento de Los Gobiernos: Una Necesidad Para Enfrentar La Presión Tecnológica En Salud." Presentación de Alejandro Gaviria Uribe. Breves Red Criteria. Washington, DC.
- Restrepo-Méndez, María Clara, Debbie A. Lawlor, Bernardo L. Horta, Alicia Matijasevich, Iná S. Santos, Ana M B Menezes, Fernando C. Barros, and Cesar G. Victora. 2015. "The Association of Maternal Age with Birthweight and Gestational Age: A Cross-Cohort Comparison." *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 29 (1) (January): 31–40. doi:10.1111/ppe.12162.
- Roehrich, Jens K, Michael A Lewis, and Gerard George. 2014. "Social Science & Medicine Are Public E Private Partnerships a Healthy Option ? A Systematic Literature Review." *Social Science & Medicine* 113: 110–119. doi:10.1016/j.socscimed.2014.03.037.
- Romero, Maria Jose. 2015. "What Lies beneath? A Critical Assessment of PPPs and Their Impact on Sustainable Development." Brussels.
- Roski, Joachim, George W. Bo-Linn, and Timothy A. Andrews. 2014. "Creating Value in Health Care through Big Data: Opportunities and Policy Implications." *Health Affairs* 33 (7): 1115–1122. doi:10.1377/hlthaff.2014.0147.
- Rubinstein, Adolfo L., Vilma E. Irazola, Matias Calandrelli, Natalia Elorriaga, Laura Gutierrez, Fernando Lanas, Jose A. Manfredi, et al. 2015. "Multiple Cardiometabolic Risk Factors in the Southern Cone of Latin America: A Population-Based Study in Argentina, Chile, and Uruguay." *International Journal of Cardiology* 183 (March): 82–88. doi:10.1016/j.ijcard.2015.01.062.
- Rubinstein, Adolfo, J. Jaime Miranda, Andrea Beratarrechea, Francisco Diez-Canseco, Rebecca Kanter, Laura Gutierrez, Antonio Bernabé-Ortiz, et al. 2016. "Effectiveness of an mHealth Intervention to Improve the Cardiometabolic Profile of People with Prehypertension in Low-Resource Urban Settings in Latin America: A Randomised Controlled Trial." *The Lancet Diabetes and Endocrinology* 4 (1): 52–63. doi:10.1016/S2213-8587(15)00381-2.
- Rubio-Valera, Maria, Mariona Pons-Vigu??s, Mar??a Mart??nez-Andr??s, Patricia Moreno-Peral, Anna Berenguera, and Ana Fern??ndez. 2014. "Barriers and Facilitators for the Implementation of Primary Prevention and Health Promotion Activities in Primary Care: A Synthesis through Meta-Ethnography." *PLoS ONE* 9 (2). doi:10.1371/journal.pone.0089554.
- Salomon, Joshua a, Haidong Wang, Michael K Freeman, Theo Vos, Abraham D Flaxman, Alan D Lopez, and Christopher J L Murray. 2012. "Healthy Life Expectancy for 187 Countries,

1990-2010: A Systematic Analysis for the Global Burden Disease Study 2010." *Lancet* 380 (9859) (December 15): 2144–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61690-0.

- Samuels, T Alafia, and Henry Fraser. 2010. "Caribbean Wellness Day: Mobilizing a Region for Chronic Noncommunicable Disease Prevention and Control." *Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health* 28 (6) (December): 472–9.
- Sapag, Jaime C, Iltta Lange, Solange Campos, and John D Piette. 2010. "[Innovative Care and Self-care Strategies for People with Chronic Diseases in Latin America]." *Revista Panamericana De Salud Pública = Pan American Journal of Public Health* 27 (1) (January): 1–9.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, David Squires, and Michelle M Doty. 2013. "Access, Affordability, and Insurance Complexity Are Often Worse in the United States Compared to Ten Other Countries." *Health Affairs (Project Hope)* 32 (12) (December): 2205–15. doi:10.1377/hlthaff.2013.0879.
- Sellappans, Renukha, Pauline Siew Mei Lai, and Chirk Jenn Ng. 2015. "Challenges Faced by Primary Care Physicians When Prescribing for Patients with Chronic Diseases in a Teaching Hospital in Malaysia: A Qualitative Study." *BMJ Open* 5 (8): e007817. doi:10.1136/bmjopen-2015-007817.
- Shay, L Aubree, and Jennifer Elston Lafata. 2015. "Where Is the Evidence? A Systematic Review of Shared Decision Making and Patient Outcomes." *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 35 (1): 114–31. doi:10.1177/0272989X14551638.
- Smith, Peter C. 2012. What is the scope of health system efficiency gains and how can they be achieved? *Eurohealth* (18):3.
- Smith, Peter C., and Winnie Yip. 2016. "The Economics of Health System Design." *Oxford Review of Economic Policy* 32 (1) (February 15): 21–40. doi:10.1093/oxrep/grv018.
- Sorenson, Corinna, Michael Drummond, and Beena Bhuiyan Khan. 2013. "Medical Technology as a Key Driver of Rising Health Expenditure: Disentangling the Relationship." *ClinicoEconomics and Outcomes Research* 5 (1): 223–234. doi:10.2147/CEOR.S39634.
- Souza, Paulo César de, João Henrique G. Scatena. "Avaliação da qualidade da assistência hospitalar do mix público-privado do sistema único de saúde no estado de Mato grosso: um estudo multicaso" 2013. *Revista de Administração Sanitária* 15(59): 79-88. Abr-Jun, 2013.
- Staras, Stephanie A S, Melvin D. Livingston, and Alexander C. Wagenaar. 2016. "Maryland Alcohol Sales Tax and Sexually Transmitted Infections: A Natural Experiment." *American Journal of Preventive Medicine* 50 (3): e73–e80. doi:10.1016/j.amepre.2015.09.025.
- Stern, Dalia, Carmen Piernas, Simon Barquera, Juan A Rivera, and Barry M Popkin. 2014. "Caloric Beverages Were Major Sources of Energy among Children and Adults in Mexico, 1999-2012." *The Journal of Nutrition* 144 (6): 949–56. doi:10.3945/jn.114.190652.
- Stern, Dalia, Carmen Piernas, Simon Barquera, Juan A Rivera, and Barry M Popkin. 2014. "Caloric Beverages Were Major Sources of Energy among Children and Adults in Mexico, 1999-2012." *The Journal of Nutrition* 144 (6): 949–56. doi:10.3945/jn.114.190652.
- Stevens, Gretchen, Rodrigo H Dias, Kevin J a Thomas, Juan a Rivera, Natalie Carvalho, Simón Barquera, Kenneth Hill, and Majid Ezzati. 2008. "Characterizing the Epidemiological Transition in Mexico: National and Subnational Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors." *PLoS Medicine* 5 (6) (June 17): e125. doi:10.1371/journal.pmed.0050125.

- Strasser-Weippl, Kathrin, Yanin Chavarri-Guerra, Cynthia Villarreal-Garza, Brittany L. Bychkovsky, Marcio Debiasi, Pedro E R Liedke, Enrique Soto-Perez-de-Celis, et al. 2015. "Progress and Remaining Challenges for Cancer Control in Latin America and the Caribbean." *The Lancet Oncology* 16 (14): 1405–1438. doi:10.1016/S1470-2045(15)00218-1.
- Talbot, Yves, Silvia Takeda, Monica Riutort, and Onil K Bhattacharyya. 2009. "Capacity-Building in Family Health: Innovative in-Service Training Program for Teams in Latin America." *Canadian Family Physician Médecin de Famille Canadien* 55 (6) (June): 613–3.e1–6.
- Taylor, Erin Fries, M. Rachel, David S. Meyers, Janice Genevro, and Deborah N. Peikes. 2013. "Enhancing the Primary Care Team to Provide Redesigned Care: The Roles of Practice Facilitators and Care Managers." *Annals of Family Medicine* 11 (1): 80–83. doi:10.1370/afm.1462.
- Titelman, Daniel, Oscar Cetrángolo, and Olga Lucía Acosta. 2014. "Universal Health Coverage in Latin American Countries: How to Improve Solidarity-Based Schemes." *The Lancet* 6736 (14) (October): 1–5. doi:10.1016/S0140-6736(14)61780-3.
- Tsolekile, Lungiswa Primrose, Shafika Abrahams-Gessel, and Thandi Puoane. 2015. "Healthcare Professional Shortage and Task-Shifting to Prevent Cardiovascular Disease: Implications for Low- and Middle-Income Countries." *Current Cardiology Reports* 17 (12) (December): 115. doi:10.1007/s11886-015-0672-y.
- Tucker, Kathryn, Hector Ochoa, Rosario Garcia, Kirsty Sievwright, Amy Chambliss, and Margaret C Baker. 2013. "The Acceptability and Feasibility of an Intercultural Birth Center in the Highlands of Chiapas, Mexico." *BMC Pregnancy and Childbirth* 13 (January): 94. doi:10.1186/1471-2393-13-94.
- Vargas-Peláez, Claudia Marcela, Marina Raijche Mattozo Rover, Silvana Nair Leite, Francisco Rossi Buenaventura, and Marení Rocha Farias. 2014. "Right to Health, Essential Medicines, and Lawsuits for Access to Medicines--a Scoping Study." *Social Science & Medicine* (1982) 121 (November): 48–55. doi:10.1016/j.socscimed.2014.08.042.
- Valentijn, Pim P, Sanneke M Schepman, Wilfrid Opheij, and Marc A Bruijnzeels. 2013. "Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care." *International Journal of Integrated Care* 13 (4): e010. doi:10.1192/bjp.bp.105.016006.
- van Dongen, Jérôme Jean Jacques, Stephanie Anna Lenzen, Marloes Amantia van Bokhoven, Ramon Daniëls, Trudy van der Weijden, and Anna Beurskens. 2016. "Interprofessional Collaboration Regarding Patients' Care Plans in Primary Care: A Focus Group Study into Influential Factors." *BMC Family Practice* 17 (1): 58. doi:10.1186/s12875-016-0456-5.
- Vasan, Ashwin, Andrew Ellner, Stephen D Lawn, Sandy Gove, Manzi Anatole, Neil Gupta, Peter Drobac, et al. 2014. "Integrated Care as a Means to Improve Primary Care Delivery for Adults and Adolescents in the Developing World: A Critical Analysis of Integrated Management of Adolescent and Adult Illness (IMAI)." *BMC Medicine* 12: 6. doi:10.1186/1741-7015-12-6.
- Vega, Jeanette, and Patricia Frenz. 2015. "Latin America: Priorities for Universal Health Coverage." *The Lancet* 385 (9975): e31–e32. doi:10.1016/S0140-6736(14)61635-4.
- Velasco Echeverry, Guillermo, and Alejandra Elizabeth Urbiola Solís. 2015. "Artículo de Reflexión Sistemas de Urgencias , Un Reto y una Necesidad." *Revista Colombiana Salud Libre* 10 (1): 52–58.

- Wagstaff, a., T. Dmytraczenko, G. Almeida, L. Buisman, P. Hoang-Vu Eozenou, C. Bredekamp, J. a. Cercone, et al. 2015. "Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage." *Health Affairs* 34 (10): 1704–1712. doi:10.1377/hlthaff.2014.1453.
- Wilson, Laurence S., and Anthony J. Maeder. 2015. "Recent Directions in Telemedicine: Review of Trends in Research and Practice." *Healthcare Informatics Research* 21 (4): 213–222. doi:10.4258/hir.2015.21.4.213.
- Witteman, Holly O, Selma Chipenda Dansokho, Heather Colquhoun, Angela Coulter, Michèle Dugas, Angela Fagerlin, Anik Mc Giguere, et al. 2015. "User-Centered Design and the Development of Patient Decision Aids: Protocol for a Systematic Review." *Systematic Reviews* 4: 11. doi:10.1186/2046-4053-4-11.
- World Health Organization (WHO). 2015a. Global Strategy on People-Centered and Integrated Health Services. Interim Report. WHO. Geneva.
- World Health Organization (WHO). 2015b. World Health Statistics. WHO. Geneva.
- World Health Organization (WHO). 2014. What is universal health coverage? WHO. Geneva.
- Xu, Ke, Priyanka Saksena, Matthew Jowett, Chandika Indikadahena, Joe Kutzin, and David B Evans. 2010. "Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection Against Financial Risk". WHO. Geneva.