



DIRECCIONES EN DESARROLLO

Desarrollo Humano

Hacia la Cobertura Universal de Salud y la Equidad en América Latina y el Caribe:

Evidencia de Países Seleccionados

Tania Dmytraczenko and Gisele Almeida, Editores

DISPONIBLE EN SEPTIEMBRE 2015

VISITENOS EN: <http://www.worldbank.org/en/topic/health>



GRUPO BANCO MUNDIAL



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
Américas

Perspectiva general

Reconocer y hacer cumplir el derecho a la salud

A lo largo de las tres últimas décadas, muchos países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) han reconocido a la salud como un derecho humano y han actuado de acuerdo a ese reconocimiento. Varios países han modificado su Constitución a fin de garantizarles a sus ciudadanos el derecho a la salud.ⁱ La mayoría ha ratificado las convenciones internacionales que definen la aplicación gradual y equitativa del derecho a la salud como una obligación del Estado.ⁱⁱ

Sobre la base del marco jurídico ampliado que rige estos nuevos derechos, las exigencias a los sistemas de salud han aumentado en forma sostenida para responder mejor a la prestación de servicios médicos asequibles que satisfagan las necesidades de la población. En consecuencia, los países han llevado a la práctica políticas y programas encaminados a lograr la cobertura universal de salud (CUS), es decir, asegurar que todas las personas puedan recibir los servicios que necesitan sin exponerse a dificultades financieras.

Un componente clave de esas políticas ha sido la preocupación por lograr mayor equidad. Aunque en el último siglo en América Latina y el Caribe han mejorado mucho los resultados en materia de salud, las inequidades en este ámbito persisten entre los países y dentro de ellos. En la mayoría de los países de la Región, los pobres tienen mayores probabilidades que los ricos de padecer de mala salud y menos probabilidades de utilizar los servicios básicos de salud, como la atención preventiva, necesarios para evitar problemas de salud y detectar las enfermedades con prontitud. Al mismo tiempo, el perfil demográfico y epidemiológico cambiante de la Región, en particular el envejecimiento de la población, ha desplazado la carga de morbilidad hacia las enfermedades crónicas, que han aumentado en todos los grupos de población, lo que impone una mayor demanda generalizada de servicios de salud.

El énfasis en la equidad no es exclusivo del sector de la salud. En el transcurso del último decenio, la Región de América Latina y el Caribe, que por mucho tiempo estuvo cubierta por desigualdades persistentes en la distribución de la riqueza, ha registrado una notable transformación social. Las políticas sociales, que abarcan reformas en el sector de la salud, se han ejecutado en un contexto de redemocratización y de crecimiento económico estable lo que ha dado lugar a un aumento en el ingreso familiar, reducciones drásticas de la pobreza y disminución de las desigualdades económicas en la mayoría de los países. Una clase media en ascenso y un electorado competente han exigido inversiones mayores y más eficaces en el sector de la salud y otros sectores sociales que, una vez logradas, tienen el potencial de aumentar el capital humano, activar un mayor crecimiento y reducir la pobreza, con lo cual se crea un ciclo virtuoso (Ferreira y otros, 2013).

Lo que queda claro de investigaciones anteriores (Savedoff et al, 2012), y que fue confirmado por los resultados que figuran en este informe, es que el aumento del financiamiento mancomunado y un énfasis en la equidad son condiciones necesarias para avanzar hacia la CUS. Todos los países del estudio registraron un aumento del financiamiento público para la salud como una proporción del producto interno bruto (PIB), mientras que la mayoría aumentó la cobertura de los mecanismos de mancomunación financiados en gran parte, si no totalmente, con ingresos generales que priorizaban o se destinaban explícitamente a las poblaciones que carecían de la capacidad para pagar. En la mayoría de los países, el compromiso político se tradujo no solo en asignaciones presupuestarias más elevadas, sino también en la aprobación de leyes que protegían el financiamiento de la salud al establecer niveles mínimos de gasto y asignar impuestos específicos para la salud. Hasta los países que no adoptaron esas medidas permanentes se alejaron parcialmente de los presupuestos por insumos y partidas presupuestarias y utilizaron las transferencias per cápita, derivadas algunas veces de cálculos de costos actuariales. Estos mecanismos reducen la incertidumbre en el financiamiento.

De la segmentación a la cobertura universal de salud

Por muchos años, la mayoría de los países de LAC mantuvieron un sistema de dos niveles para la atención de salud: uno para las personas empleadas en el sector formal y otro, el de la atención prestada por los ministerios de salud, destinado a las personas pobres y no aseguradas (Baeza y Packard, 2006). En los años ochenta y noventa, varios países (empezando por Chile, Costa Rica, Brasil y Colombia) emprendieron reformas para reducir al mínimo la fragmentación de la atención creada por estos dos niveles. Desde entonces, Argentina, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay han puesto en práctica una variedad mucho más amplia de políticas para mejorar los incentivos y el marco de gobernanza con la finalidad de mejorar la eficiencia y ampliar el acceso a la atención de salud, en particular para las personas pobres y las que se encuentran en riesgo de caer en la pobreza debido a los costos de la atención de salud. También están surgiendo nuevas versiones de las políticas en los países que fueron pioneros de esas reformas como Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica.

Después de casi un cuarto de siglo de experiencia con las reformas para hacer avanzar la CUS en LAC,ⁱⁱⁱ es un buen momento para evaluar el progreso logrado en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y en la salud de la población. Esto resulta particularmente oportuno al considerar el impulso mundial hacia la CUS, intensificado luego de la publicación por la Organización Mundial de la Salud del informe *La financiación de los sistemas de salud – El camino hacia la cobertura universal* (OMS, 2010). La aprobación en el 2011 de la resolución WHA 64.9 de la Asamblea Mundial de la Salud en la que se insta a los países a que centren la atención en la cobertura universal asequible es una prueba más del progreso. En el 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas alentó a los Estados Miembros a que prosiguieran la transición a la cobertura universal de salud (A/67/L.36), al recomendar que la cobertura universal de salud se considerara para su inclusión en la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015. En el 2014, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron por unanimidad una resolución para aplicar la *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud* (OPS, 2014). El Banco Mundial también ha adoptado la cobertura universal de salud como un elemento esencial de su misión para eliminar la pobreza absoluta para el 2030 e impulsar la prosperidad compartida.

Es en este contexto que este estudio aborda las siguientes preguntas:

- ¿Han reducido las reformas mencionadas la desigualdad en los resultados en materia de salud, además de haber mejorado la utilización de los servicios y la protección financiera?
- ¿Qué medidas pueden aplicarse de manera fiable en todos los países a lo largo del tiempo para vigilar el progreso hacia la CUS?
- ¿Qué tendencias regionales, si las hubiera, surgen de la ejecución de las políticas a favor de la CUS?

Para analizar las diferentes reformas que han tenido lugar en América Latina y el Caribe y medir el avance hacia la CUS, usamos como marco organizador el “cubo de la OMS”, propuesto por Busse, Schreyögg y Gericke (2007). Aplicamos una perspectiva de equidad para evaluar en qué medida los países están avanzando a lo largo de tres dimensiones: cobertura de la población, cobertura de servicios y protección financiera. Llegamos a la conclusión de que las tasas de utilización no son una medida suficiente para monitorear el progreso hacia la CUS. Mejorar la disponibilidad de los servicios de salud y hacerlos más asequibles no se traduce automáticamente en mejores resultados en materia de salud. Proponemos elaborar mejores métodos para recabar información y poder informar sobre las mediciones de lo oportuno y la calidad de la atención. Nuestras conclusiones y recomendaciones se fundamentan en un examen detallado de la bibliografía y en análisis primarios de encuestas de hogares representativas a nivel nacional.

Aunque el cubo de la OMS es un concepto útil para examinar el progreso hacia la CUS, no es un marco para analizar el desempeño del sistema de salud. Una limitación de este informe es que no presenta una evaluación integral de las políticas y los programas para fortalecer los sistemas de salud. No obstante, hemos analizado políticas y programas fundamentales encaminados a impulsar la cobertura universal de salud utilizando los documentos elaborados para nueve países de LAC (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México y Perú), como parte de la Serie de Estudios sobre la Cobertura Universal de Salud (UNICO). Para

examinar la ejecución de las políticas, la Serie UNICO aplica un protocolo definido por cinco factores: 1) el conjunto de prestaciones; 2) la inclusión de grupos de personas pobres y vulnerables; 3) la prestación eficaz de atención de salud; 4) los retos de la atención primaria; y 5) los mecanismos de financiamiento para alinear mejor los incentivos.

Mirar hacia el pasado: enfoques comunes

Los países de LAC han seguido diversos caminos hacia el logro de la CUS y han alcanzado niveles variados de éxito. Algunos han logrado resultados equivalentes a los de los países de Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), a pesar de haber empezado mucho más tarde a establecer programas y políticas para mejorar la cobertura de la población, el acceso a los servicios de salud y la protección financiera. Aunque los países analizados representan un conjunto variado de experiencias, un examen de la evidencia y de las políticas ejecutadas para avanzar hacia la CUS revela algunas características comunes en los métodos adoptados.

Progresos constantes en el alcance y la equidad de los programas de salud con los aumentos del gasto público

Ha aumentado considerablemente la proporción de la población de la Región protegida por programas de salud que ofrecen garantías explícitas de atención asequible. Desde principios del siglo XXI, otros 46 millones de personas que viven en los países analizados están cubiertos nominalmente por políticas y programas de salud destinados a impulsar la CUS. Al mismo tiempo, la equidad ha mejorado. Varios países han adoptado programas subsidiados (en especial, planes de seguro con inscripción proactiva de los beneficiarios) para poblaciones específicas, como las que no están cubiertas por planes de seguro social contributivos, mientras que otros han ampliado la cobertura a los grupos vulnerables dentro de los programas universales. Aun en países que han mantenido sistemas de salud en los que coexisten planes subsidiados y contributivos, las tasas generales de cobertura se han vuelto más igualitarias a través de los distintos grupos de ingresos. Aunque el seguro social de salud basado en el empleo sigue muy inclinado hacia las personas más ricas, los planes subsidiados que, al menos inicialmente, están dirigidos a las personas pobres han servido de contrapeso.

Desde una perspectiva financiera, las reformas estuvieron acompañadas por un aumento del gasto público para la atención de salud y, en la mayoría de los casos, se dio una disminución en la proporción de los pagos de bolsillo en relación al gasto total de salud. No todas las reformas tenían un objetivo explícito de la expansión de la protección financiera. Sin embargo, en la mayoría de los países se observó una reducción de los gastos catastróficos en salud y del empobrecimiento debido a los gastos de bolsillo para la atención de salud.

Con respecto a los pagos catastróficos y la equidad, no se observa un panorama uniforme. Esto quizás refleje las limitaciones en la medición del gasto de bolsillo, ya que no es posible obtener información sobre las personas que no buscaron atención debido a las barreras financieras; tampoco hay suficientes detalles con respecto a la naturaleza del gasto, en particular, si el pago por la atención fue necesario o voluntario. Cabe señalar que, si bien la tasa de empobrecimiento debida a los gastos (incluidos los catastróficos) por la atención de salud es relativamente baja y, en general, está bajando, hay de 2 a 4 millones de personas en los países analizados que han caído en la pobreza debido a los gastos de bolsillo en salud. A pesar de las mejoras del gasto de bolsillo del total del gasto nacional sigue siendo relativamente alta en los países estudiados, en comparación con los promedios de la OCDE. Los gastos en medicamentos representan la mayor proporción de los pagos directos a través de los distintos grupos de ingresos, pero representan una carga particularmente onerosa para los pobres.

Variación en los conjuntos de prestaciones y la crisis que se avecina a medida que cambian las necesidades relativas a la salud

La cobertura de servicio mínimo se ha ampliado durante el período analizado. Los planes subsidiados cubren las intervenciones materno-infantiles como mínimo, mientras que la mayor parte de ellos van más allá e incluyen la

atención primaria integral. La mitad los países analizados en este estudio ofrecen un rango amplio de prestaciones que van desde la atención de menor complejidad hasta la de mayor complejidad.

La evidencia demuestra que las inversiones para ampliar la atención de salud, con especial atención para llegar hasta las poblaciones vulnerables, están dando buenos resultados. La ampliación de los programas para impulsar la CUS ha coincidido con una reducción de la brecha entre los ricos y los pobres en los resultados de salud y en la utilización de los servicios, en particular para las metas especificadas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La asignación de prioridad a la atención primaria costo-eficaz es el denominador común en todos los países, ya sea que comiencen con un conjunto pequeño de prestaciones que se amplía gradualmente, como en Argentina y Perú, u ofrezcan una cobertura integral desde el inicio, como ocurrió en Brasil, Costa Rica y Uruguay. El método de priorizar la atención primaria ha mejorado la posición comparativa de las personas pobres, quienes tenían mayores probabilidades, en comparación con las personas más adineradas, de carecer de acceso al primer nivel de la atención. La cobertura de prestaciones es más amplia en los países cuyos sistemas de salud están integrados y en los que han avanzado más en el camino hacia la integración. La mayoría de los países tienen una lista positiva de los servicios cubiertos ; por ejemplo, Brasil, Colombia y Costa Rica ofrecen prestaciones flexibles.

Los países donde la cobertura de la población es mayor y los conjuntos de prestaciones son más amplios han logrado la utilización casi universal de los servicios de salud materna, ya que casi no se observa ninguna diferencia a través de los quintiles de ingresos. En los casos en que sigue existiendo un gradiente favorable a los ricos en la utilización de los servicios, este es más estrecho para los servicios prestados por los programas tradicionalmente verticales, como los de inmunización y de planificación familiar. El gradiente favorable a los ricos también se ha reducido al mínimo para los servicios prestados en los niveles inferiores de la red de servicios (por ejemplo, atención prenatal, tratamiento médico de las infecciones respiratorias agudas). Las brechas entre personas ricas y pobres son mayores en el caso de los partos que son prestados en los hospitales.

La imagen es más matizada, y no tan positiva, para las enfermedades y trastornos crónicos que son las causas más importantes de mortalidad y morbilidad en las etapas intermedias y tardías de la vida. En la mayoría de los países, la proporción de la población que dice tener un estado de salud “menos que bueno” no ha bajado de manera notable ni sistemática; y el indicador está sumamente sesgado, ya que los pobres son quienes de manera uniforme dicen tener los peores resultados en materia de salud.^{iv} Además, las afecciones crónicas diagnosticadas como la diabetes, la cardiopatía isquémica y el asma han venido aumentando en todos los grupos de ingresos en varios países, al igual que los factores de riesgo asociados, como la obesidad y la hipertensión.

No surge un gradiente claro en los trastornos crónicos diagnosticados y los factores de riesgo asociados entre los grupos de ingresos, a pesar de la evidencia disponible acerca de tasas de mortalidad más altas resultantes de estas enfermedades en los pobres (Di Cesare et al, 2013). Una explicación probable es que los pobres tienen menos acceso a la atención de salud, en particular a los servicios de diagnóstico y, por consiguiente, tienen menos probabilidades de recibir un diagnóstico, en comparación con las personas más pudientes. La evidencia del tamizaje del cáncer indica que esto quizá sea lo que sucede en realidad. En general, la utilización de esos medios de diagnóstico es más común entre las personas adineradas, con un gradiente particularmente pronunciado para la detección del cáncer de mama, que exige el acceso a la atención de especialistas. Sin embargo, la tendencia en el nivel de uso y la equidad es positiva: los países con altos niveles de cobertura de la población, a excepción de Brasil, han reducido mucho la brecha entre ricos y pobres, en especial para el tamizaje del cáncer cervicouterino, pero también para las mamografías en los casos de Colombia y México.

Reducción de la Fragmentación de los sistemas de salud

Pocos países han seguido el camino de la integración total mediante la creación de un sistema en el cual todas las contribuciones obligatorias, ya sean financiadas a partir de la nómina de sueldos y de ingresos generales, como en Costa Rica, o solo a partir de estos últimos, como en Brasil, se mancomunan para brindar acceso a toda la población a través de una red común de proveedores. La mayoría de los países han optado por mantener, en

mayor o menor grado, un sistema segmentado en el que existe un subsistema subsidiado en paralelo con un subsistema financiado total o principalmente con aportes de la nómina salarial, en el que los beneficiarios, por lo general, tienen acceso a diferentes redes de proveedores.

Por largos años, las marcadas diferencias en el conjunto de prestaciones y en la calidad de atención han estado presentes. Pero, más recientemente, los arreglos de mancomunación que ampliaban la cobertura conjunta de riesgos y facilitaban las subvenciones cruzadas entre los beneficiarios contribuyentes y los subsidiados, acompañados de reglamentos que equiparaban los conjuntos de prestaciones y brindaban garantías explícitas para el acceso oportuno a servicios que cumplieran ciertas normas de la atención (con lo cual se eliminaban las opciones de limitar la atención en el sector público que disponía de pocos recursos), han sido eficaces para reducir las disparidades en el financiamiento y la prestación de servicios a través de los subsistemas, por ejemplo, en Chile, Colombia y Uruguay.

Los datos de los países seleccionados, aunque limitados, fueron mejorados por la investigación disponible y demuestran que muchos sistemas de salud afrontan graves retos en las áreas que probablemente crezcan en importancia a medida que las necesidades de atención de salud se tornan más complejas y aumenten las expectativas de la población con respecto al sistema de salud. Hasta la fecha, debido a las limitaciones de los datos, las iniciativas emprendidas para monitorear el progreso hacia la CUS no captan las dimensiones de necesidad, calidad y oportunidad con la precisión suficiente para determinar si el acceso a la cobertura efectiva de los servicios está mejorando.

Separación del financiamiento y la prestación de servicios en el sector público

A pesar de las amplias variaciones en el grado en que los países se han alejado de la prestación de servicios y su financiamiento sumamente integrados hacia la separación de estas funciones, hay una tendencia común de adoptar métodos de compras que incentiven la eficiencia y la rendición de cuentas por los resultados y que den a los administradores del sector de la salud más poder para incitar a los proveedores a prestar servicios de acuerdo a las prioridades de la salud pública. Una manera en que los países han creado una separación de las funciones ha sido el establecimiento de relaciones contractuales entre el financiamiento y la prestación de servicios, ya sea por medio de contratos jurídicamente vinculantes o de acuerdos explícitos que especifican las funciones y las responsabilidades de cada parte, además de los resultados previstos. Los mecanismos de pago varían mucho, desde la capitación hasta los honorarios por servicios prestados y los pagos determinados por caso pero, en general, los mecanismos incentivan a los proveedores para que satisfagan las exigencias, al asociar el flujo de fondos con la inscripción de los beneficiarios o los servicios prestados realmente. Cada vez más, los países están instituyendo mecanismos de pago por desempeño que recompensan el logro de metas concretas vinculadas a las necesidades de salud de la población.

Al eliminar la rigidez de los presupuestos por partidas, las nuevas modalidades financieras les ofrecen a los proveedores mayor autonomía en la administración de los insumos para mejorar la eficiencia. En los sistemas descentralizados (federales) se están aplicando arreglos similares a las transferencias de fondos a los gobiernos subnacionales que promueven el logro de las prioridades de política nacional. Aun en los países donde el volumen de recursos que fluye a través de los nuevos mecanismos es relativamente pequeño, las reformas introducen una plataforma para establecer sistemas que dependen más de la adquisición estratégica.

Mirar hacia adelante: la agenda inconclusa

Aumento de los ingresos en un espacio fiscal cada vez más reducido

Proteger los logros alcanzados hasta la fecha y afrontar los retos que subsisten exigirán inversiones sostenidas en materia de salud. El cumplimiento del compromiso con la CUS exigirá esfuerzos concertados para mejorar la generación de ingresos de una manera fiscalmente sostenible y aumentar la productividad de los gastos. Ambas acciones revisten una importancia particular a medida que los países se desplazan a lo largo de la transición

demográfica y empiezan a enfrentarse con los retos de aumentar en forma gradual las tasas de dependencia de la población y, con el tiempo, las bases tributarias en disminución.

En toda la Región, los países han aumentado el financiamiento público para la salud, aunque estos gastos todavía representan menos de 5% del PIB en la mitad de los países del estudio.^v No obstante, en ocho de los 10 países, el sector de la salud ya absorbe más del 15% del presupuesto público (el promedio de la OCDE) y, en tres de los ocho, la proporción supera el 20%. Esto es motivo de preocupación porque los países de ingresos medianos de la región tal vez no dispongan del espacio fiscal para permitir que los gastos de salud aumenten más rápido que el crecimiento económico.

Mientras los países buscan maneras de financiar los gastos de salud pública es importante evaluar la eficacia y la justicia de las medidas de financiamiento. Muchos países de la región dependen de las deducciones de los ingresos laborales para financiar la salud, pero cabría explorar las opciones que se han adoptado en otros lugares. Por ejemplo, en todo el mundo, la inclusión de ingresos por alquileres o por intereses devengados genera ingresos y al mismo tiempo mejora la progresividad del financiamiento, ya que los ingresos no laborales representan una proporción más grande del total de los ingresos de las familias más adineradas.

Aunque la asignación específica de ciertos impuestos a las actividades relacionadas con la salud se ha utilizado mucho en la región para financiar la ampliación de la cobertura, este tipo de medida puede reducir la flexibilidad para reasignar recursos que satisfagan las necesidades cambiantes de la población a través de todos los sectores. Independientemente de la fuente, la recaudación de nuevos impuestos para el sector de la salud será difícil en algunos países, como Argentina y Brasil, donde la carga tributaria ya se encuentra a los niveles de la OCDE.^{vi}

Mejora de la productividad del gasto de salud

Aunque no cabe duda que asignar la prioridad a la atención primaria costo-eficaz y a la reforma de los arreglos para la mancomunación y la compra contribuyen a mejorar la eficacia de las inversiones para la salud, todavía queda mucho por hacer para controlar el aumento de los costos y mejorar la eficiencia del gasto.

- Primero, es necesario profundizar las reformas para las compras estratégicas y su alcance debe ampliarse más allá de la atención primaria para generar mayores logros en la eficiencia técnica y distributiva.
- Segundo, los países deben establecer sistemas formales y transparentes para seleccionar la cobertura de servicios basada en criterios bien definidos, fundamentados en la evidencia de su costo eficacia, así como en las preferencias sociales. Ante la falta de esos sistemas, varios países de la región han asistido a una “judicialización” del derecho a la salud; en esos casos, las controversias sobre lo que el Estado tiene la obligación legal de aportar suelen resolverse en los tribunales, lo que puede conducir a que se subvencionen con fondos públicos algunos servicios de atención ineficaces o ineficientes y tener el efecto adverso agregado de aumentar la desigualdad, ya que las personas adineradas disponen de más recursos para contratar a un abogado.
- Tercero, en una región donde la proporción de pagos directos en el total de los gastos de salud todavía supera el 30% en muchos países, los esfuerzos para contener los costos crecientes de los insumos en el sector público no pueden funcionar por sí solos. Esto es particularmente pertinente, pero no exclusivo, para la adopción de nuevas tecnologías médicas en el sector privado, un área donde la demanda inducida por el proveedor demostró ser un factor importante en el aumento de los costos en los países desarrollados.

Gestión de las diferencias en la calidad a través de los subsistemas

A través de los subsistemas persisten diferencias significativas en la calidad de los proveedores de servicios. Las iniciativas que hacen hincapié en la calidad de la atención, disponibilidad de la oferta, integración de la prestación de los servicios y la ciber-salud pueden desempeñar funciones importantes para la reducción de estas brechas.

La brecha actual en el financiamiento per cápita y la calidad de los servicios prestados a través de los subsistemas, aunque dista de ser óptima desde la perspectiva de la equidad, representa un poderoso incentivo para que las personas se afilien al régimen contributivo, que ofrece un conjunto de prestaciones más generoso y mejor calidad de la atención. A medida que se reduce la diferencia entre los subsistemas, hay riesgo de que este incentivo se erosione. En Chile, donde los trabajadores tienen la opción de utilizar su contribución obligatoria para participar en un plan de salud privado o inscribirse en un plan público, nuestros datos muestran una migración de las personas desde la primera hacia la segunda opción. Hasta el momento, la evidencia muestra que la extensión de la cobertura de salud a los que se encuentran fuera del sector formal, como el Seguro Popular de México, ha tenido solo una repercusión marginal en la informalidad (Reyes, Hallward-Driemeier y Pagés 2011).

Para continuar el esfuerzo de proporcionar atención de salud asequible a toda la población ante estas incertidumbres, los países tendrán que permanecer atentos para captar las contribuciones de quienes pueden pagar pero no están dispuestos a hacerlo voluntariamente, al mismo tiempo que utilizan subsidios públicos para los que no pueden pagar. Tanto la obligatoriedad de los pagos como los subsidios son condiciones necesarias (y suficientes) para lograr la cobertura universal (Fuchs 1996).

Recopilación de mejores datos y establecimiento de procesos mejorados para monitorear la calidad

A medida que la comunidad internacional se prepare para la Cumbre Mundial del 2015, que definirá las metas y los objetivos para la era después de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, vamos a necesitar mejores indicadores para el seguimiento. Estos retos van más allá de los agregados nacionales. Afortunadamente, nuestro estudio demuestra que, a pesar de las deficiencias, es posible medir el progreso en la utilización de los servicios y la protección financiera.

Con pocas excepciones (por ejemplo, para diagnósticos de cáncer), las encuestas disponibles no suelen aportar el nivel de detalle necesario para determinar si las personas están recibiendo la atención que necesitan. Los registros administrativos suministran mejores detalles médicos pero son insuficientes para captar información socioeconómica, además no se encuentran a la disposición del público y suscitan preocupaciones en cuanto a la privacidad. La complejidad de administrar grandes sistemas de datos de diversas instituciones que contienen información médica sumamente delicada y hace que esta sea un área difícil de atender dentro del sector público cuyos recursos son limitados. Las alianzas con instituciones de investigación situadas dentro del país o en el exterior podrían ser una manera de que los ministerios de salud utilizaran la gran cantidad de información que se genera acerca del financiamiento de las actividades de salud, la prestación de servicios y los resultados para fundamentar la toma de decisiones de política y fortalecer la gobernanza sobre el sector.

Avances, por capítulo

Capítulo 2: El surgimiento de las reformas para impulsar la cobertura universal de salud

En los últimos decenios, la cobertura universal de salud ha surgido en el contexto de la salud como un derecho humano fundamental y ha estado estrechamente vinculada a reformas sociales más amplias destinadas a mejorar las condiciones de vida y el acceso de los grupos vulnerables a los servicios de salud. Estas reformas sociales ocurrieron en paralelo con un proceso de democratización en un período de crecimiento económico sostenido y de mayor equidad en la región. Las políticas sociales, entre otras las que amplían la cobertura y el acceso a los servicios de salud, además de garantizar la protección financiera para la población, han surgido como un tema importante en la agenda política. Los cambios demográficos también han desencadenado demandas de la sociedad para contar con cobertura sanitaria y servicios más integrales para hacer frente al aumento en las afecciones crónicas, que plantea retos especiales para el sistema de salud y su sostenibilidad financiera.

Los resultados indican que, en general, los diez países del estudio están rezagados con respecto a los países de la OCDE de elevado desempeño, pero están más adelantados con respecto a la mayoría de los países menos desarrollados. Los países de LAC también han mostrado una tendencia a tener un desempeño mejor de lo previsto, lo que puede atribuirse en parte a mejores políticas públicas y al aumento del gasto para la salud pública. La región sigue mostrando mejores resultados en materia de salud, tendencias positivas y economías más fuertes. Sin embargo, a pesar del progreso, la desigualdad sigue siendo alta. Para contrarrestar la desigualdad, los países deben mantener su estabilidad macroeconómica y vigilar los cambios demográficos, que aumentan las exigencias a favor de una cobertura de salud más integral.

La región debe encontrar una manera de seguir creciendo. Es casi seguro que ocurra una desaceleración del crecimiento de la población observado en los últimos decenios, pero los países seguirán envejeciendo, lo que obliga a la región a tornarse más creativa a fin de mantener la ampliación de las políticas que impulsan la CUS para atender tanto las enfermedades no transmisibles como las infecciosas. Las enfermedades no transmisibles plantean retos tanto para la prestación como para el financiamiento de la atención de salud debido a las transiciones epidemiológicas en curso y al aumento de las poblaciones que están envejeciendo. Los países de América Latina y el Caribe deben enfrentar el reto de mantener el progreso ya logrado, aumentar el acceso equitativo a los servicios de salud y mejorar su calidad. Al trabajar unidos, los organismos públicos, la comunidad académica y el sector privado pueden hacer frente a las limitaciones principales mientras avanzan hacia la CUS.

Capítulo 3: Un análisis comparativo de las políticas para impulsar la cobertura universal de salud en la Región

En el transcurso de los últimos decenios, diversos gobiernos a través de LAC han actuado para fortalecer el desempeño de sus sistemas de salud mediante la formulación de nuevas políticas e intervenciones encaminadas a hacer realidad la visión de la CUS. Los gobiernos se han centrado en reducir la fragmentación en el financiamiento y la organización de los sistemas de salud; en armonizar el alcance y la calidad de los servicios a través de los subsistemas; en aumentar el financiamiento proveniente del sector público de manera más integrada e integral; y en crear incentivos que promuevan el logro de mejores resultados en materia de salud y protección financiera. Las políticas de salud han hecho hincapié en que los derechos sean explícitos; en el establecimiento de garantías exigibles; y en la institución de incentivos en el lado de la oferta encaminados a mejorar la calidad de atención y reducir las barreras geográficas al acceso. En menor grado, los gobiernos también han desplegado esfuerzos para mejorar la gobernanza y la rendición de cuentas. En este capítulo se evalúan estos cambios y se identifican las tendencias clave en las políticas para impulsar la cobertura universal de salud en toda la región, en países con sistemas de salud variados que afrontan retos bien diferenciados.

Algunos temas clave surgen de nuestro examen de las experiencias de aplicación de políticas para impulsar la cobertura universal de salud en los países de América Latina y el Caribe analizados para este estudio:

- Refuerzo del financiamiento público para cubrir los pobres
- Adopción de un método pragmático y contextual para definir (o no) el conjunto de prestaciones
- Aumento del financiamiento público para el sector de la salud
- Reformas en la manera de pagar a los proveedores de servicios y administrarlos
- Énfasis en la atención primaria
- Abordaje de la igualación de los subsistemas

El examen y el análisis de las políticas de los casos considerados en este estudio indican que el abordaje de la reglamentación para reducir las desigualdades en las diferencias en la calidad, el alcance y lo oportuno de los servicios puede llevarse a cabo una vez que el sector público tradicional haya mejorado su desempeño y su capacidad de respuesta, no solo al aumentar el financiamiento sino también por medio de otros aspectos de política. Se han logrado resultados positivos al introducir mecanismos nuevos a fin de alinear los incentivos y monitorear si los servicios son oportunos, accesibles y de calidad para que los pacientes puedan utilizar los

sistemas sin interrumpir la continuidad de la atención de salud, al tiempo que se mejora la satisfacción de los pacientes.

Capítulo 4: Resultados de las mediciones del progreso hacia el logro de la CUS en los países estudiados

El análisis de la cobertura de las poblaciones, los resultados en materia de salud, la cobertura de servicios y las medidas de protección financiera a lo largo del tiempo y a través de grupos socioeconómicos muestra que la Región ha logrado considerables avances en la ampliación de la cobertura de las poblaciones a los planes destinados a hacer avanzar la CUS y, en el mismo período, se identificaron mejoras en la equidad. Los gradientes socioeconómicos se observan claramente en el estado de salud; los pobres tienen peores resultados en materia de salud que los ricos, aunque las disparidades se han reducido mucho, en particular en la etapa más temprana del curso de la vida. Los países han alcanzado niveles altos de cobertura de servicios de salud materno-infantil pero, a pesar de que la desigualdad está disminuyendo, los servicios siguen siendo favorables a las personas adineradas. La cobertura de las intervenciones para las enfermedades no transmisibles no es tan alta y la utilización de los servicios se inclina hacia las personas más pudientes, aunque las disparidades están disminuyendo con el tiempo. En general, los servicios de atención primaria están distribuidos de manera más igualitaria a través de los diferentes grupos de ingresos, en comparación con los servicios especializados. La prevalencia de la enfermedad no ha evolucionado como se esperaba dada la disminución de la mortalidad. El acceso mejorado a los servicios y, en consecuencia, al diagnóstico en personas más adineradas quizá esté ocultando los cambios en la prevalencia real. Los gastos catastróficos de salud han descendido en la mayoría de los países. No obstante, el panorama con respecto a la equidad, no es claro, lo que apunta a limitaciones en la medición..

Capítulo 5: Más allá de la utilización y los resultados en materia de salud: una mirada a la calidad de los servicios de salud

Las evaluaciones de la CUS tienden a centrarse en la utilización de los servicios de salud, los derechos formales, o la elegibilidad para tener acceso a los servicios y a las medidas de protección financiera. Pero, si nuestra preocupación es la de evaluar en qué medida todas las personas pueden conseguir la atención de salud que necesitan sin dificultades financieras, los indicadores para estas áreas tienen limitaciones importantes. En efecto, la ampliación de la cobertura de atención de salud, en el sentido de hacer que los servicios de salud estén disponibles y sean más asequibles, no se traduce automáticamente en mejores resultados en materia de salud. Teniendo presente esta cuestión, en el capítulo 5 se complementan los análisis de los modelos de utilización, cobertura y protección financiera en LAC, mediante un examen de lo que se conoce acerca de los vínculos entre la utilización y los resultados en materia de salud. Para ello, se consideran las preguntas de la necesidad insatisfecha de atención de salud, lo oportuno de la atención y la calidad de los servicios. Estas son áreas en las que la medición tiende a ser más difícil, en comparación con la utilización de los servicios y la protección financiera. No obstante, aunque los datos rutinarios y comparables en todos los países son escasos, los estudios y los datos de monitoreo de algunos países seleccionados aportan una imagen que basta para destacar la importancia de estos temas y cabe esperar que impulsen los esfuerzos para desarrollar métodos más sistemáticos que permitan recabar datos y preparar informes acerca de lo oportuno y la calidad de atención en la Región.

Capítulo 6: Conclusiones

En el capítulo final se resumen los resultados principales, se abordan las consecuencias de política y se indican las áreas donde es necesario continuar la investigación.

Bibliografía

Baeza, C., and T. Packard. *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*. Washington, DC: Banco Mundial; 2006.

Busse, R., J. Schreyögg, and C. Gericke. 2007. *Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach*. Documento para discusión HNP. Washington, DC: Banco Mundial; 2007.

Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J. Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, Nayu Ikeda, Catherine Kyobutungi, Kelias P. Msyamboza, Sophal Oum, John W. Lynch, Michael G. Marmot, and Majid Ezzati, on behalf of The Lancet NCD Action Group. "Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses." *The Lancet*. 2013; 381 (9866): 585–97.

Ferreira, F. H. G., J. Messina, J. Rigolini, L. F. López-Calva, M. A. Lugo, and R. Vakis. *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*. Washington, DC: Banco Mundial; 2013.

Fuchs, Victor. *What Every Philosopher Should Know about Health Economics*. *Proceedings of the American Philosophical Society*. 1996; 140 (2): 186–96.

Lora, Eduardo. *Health Perceptions in Latin America*. *Health Policy and Planning*. 2012; 27 (7): 555–69.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud—El camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS; 2010.

Organización Panamericana de la Salud. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53.^o Consejo Directivo. 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, D.C., EUA: OPS (documento (CD53/5, Rev. 2)).

Reyes, A., M. Hallward-Driemeier, and C. Pagés. *Does Expanding Health Insurance beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular*. Documento de trabajo sobre investigación de políticas 5785. Washington, DC: Banco Mundial; 2011.

Savedoff, William, David de Ferranti, Amy L. Smith, and Victoria Fan. *Political and economic aspects of the transition to Universal Health Coverage*. *The Lancet*. 2012; 380 (9845): 924–32.

NOTAS

1. El establecimiento de un derecho constitucional o legal a la salud refleja el compromiso político. Sin embargo, los derechos no se traducen automáticamente en una mayor cobertura y quizá no sean una condición suficiente para lograrla. De hecho, varios países de dentro y fuera de la Región que se consideran más avanzados en la ruta hacia la CUS no han consagrado en su Constitución el derecho a la salud, como es el caso de Costa Rica y Canadá.
 2. Nos referimos aquí a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el "Pacto de San José, y el de Costa Rica y el Protocolo de San Salvador.
 3. Usamos "hacer avanzar la CUS" como una forma abreviada de "hacer avanzar la meta de la CUS."
 4. " Hay limitaciones graves para analizar las diferencias en los resultados en materia de salud de los adultos por estratos socioeconómicos. Los datos para el análisis de las tendencias de mortalidad provienen en general de estadísticas del registro civil que no suelen contener información sobre la situación socioeconómica. El logro educativo puede usarse como sustituto, pero entre los países estudiados, solo Chile y México tenían datos fidedignos para ser utilizados en este tipo de análisis. El estado de salud autoevaluado es un indicador que tiene sus deficiencias, pero se mide en las encuestas examinadas (Lora 2012).
 5. Por debajo del umbral de 5 a 6 % del gasto público como proporción del PIB, los países tienen dificultades para garantizar la cobertura de servicios de salud para los pobres (OMS, 2010).
 6. Los ingresos fiscales como proporción del PIB son de 36% y 37 %, respectivamente, en Brasil y Argentina en comparación con el promedio de la OCDE de 34%.
-