

Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud

Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Edición original en inglés:
*Making Fair Choices on the Path to Universal Health Coverage. Final report of the WHO
Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage*
© World Health Organization, 2014
ISBN 978-92-4-150715-8

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Washington, DC: OPS, 2015.

1. Cobertura Universal. 2. Prestación de Atención de Salud. 3. Financiación de la Atención de la Salud. 4. Accesibilidad a los Servicios de Salud. 5. Costo de Enfermedad. 6. Política de Salud.
I. Título. II. Organización Mundial de la Salud.

ISBN 978-92-75-31872-0

(Clasificación NLM : W100)

©Organización Mundial de la Salud, 2015. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Programa Regional de Bioética, Oficina de Traducción de Conocimiento, Bioética e Investigación podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.



Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud

Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Autores

Miembros del Grupo Consultivo de la OMS:

Trygve Ottersen,* Ole F. Norheim,* Bona M. Chitah, Richard Cookson, Norman Daniels, Frehiwot B. Defaye, Nir Eyal, Walter Flores, Axel Gosseries, Daniel Hausman, Samia A. Hurst, Lydia Kapiriri, Toby Ord, Shlomi Segall, Gita Sen, Alex Voorhoeve, Daniel Wikler, Alicia E. Yamin

Personal de la OMS:

Tessa T. T. Edejer, Andreas Reis, Ritu Sadana, Carla Saenz

* Autores principales

Nota de agradecimiento

Este trabajo fue financiado por el Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (Norad) y el Consejo de Investigaciones de Noruega; la Fundación Brocher, de Suiza; el Programa de Ética y Salud de la Universidad de Harvard; y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), de Canadá. Agradecemos especialmente a Marie-Gloriose Ingabire y Sharmila Mhatre, del CIID, su participación activa en todo el proyecto. También agradecemos a las siguientes personas sus valiosos comentarios y contribuciones: Merima Ali, Dan Brock, David Evans, Raja Khosla, Theodora Swift Koller, Joseph Kutzin, Brendan Kwesiga, Jeremy Lauer, Geir Lie, Calvin Ho Wai Loon, Verónica Magar, Hannah McLane, Solomón Memire, Óscar Mujica, Thalia Porteny, Moussa Sacko, Abha Saxena, Nicole Britt Valentine y Jonathan Wolff.

Índice

Prefacio a la edición en español	vii
Prefacio	viii
Sinopsis	x
Resumen	xi
Lista de abreviaturas	xiv
1 Cobertura universal de salud	1
2 La función crucial de la justicia y la equidad	7
3 Ampliación de los servicios prioritarios	11
4 Inclusión de más personas	25
5 Reducción de los pagos de bolsillo	33
6 Estrategia general y concesiones	41
7 Rendición de cuentas y participación pública	47
8 Indicadores del progreso	55
Referencias	63

Prefacio a la edición en español

En el 2012 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) aprobaron el documento conceptual y resolución titulados “Bioética: hacia la integración de la ética en el ámbito de la salud”, en los que acuerdan dar especial atención a la ética de la salud pública. Desde entonces, el Programa Regional de Bioética de la OPS da cooperación técnica en la ética de la priorización en salud.

El abordaje a la ética de la priorización en la Región fue inicialmente procedimental, sobre la base del marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables (*Accountability for Reasonableness*). A falta de un acuerdo sobre los principios éticos que puedan guiar de manera consistente todas las decisiones de priorización en salud, se opta por un procedimiento éticamente justificado que garantiza que las decisiones de priorización que resultan de este procedimiento sean justas y legítimas.

Sin embargo, la cobertura universal de salud constituye un norte que puede guiar las decisiones de priorización de una manera no solo procedimental. La cobertura universal, que en la Región de las Américas se ha reafirmado en la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” aprobada por los Estados Miembros de la OPS en el 2014, dicta valores éticos. El informe *Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud* brinda pautas éticas para priorizar sobre la base de esos valores, precisa una estrategia para poner estas pautas en práctica y las integra con el marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables.

La OPS pone a disposición de los Estados Miembros de la Región el informe en español con el objetivo de apoyar la integración de la ética en el ámbito de la salud y el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva. La publicación del informe ha sido parcialmente financiada por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Prefacio

La cobertura universal de salud está en el centro de la acción actual para fortalecer los sistemas de salud y mejorar el nivel y la distribución de la salud y los servicios de salud. Este documento es el informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Aquí se abordan los temas clave de la justicia (*fairness*) y la equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud. Por lo tanto, el informe es pertinente para cada agente que influye en ese camino y en particular para los gobiernos, ya que se encargan de supervisar y guiar el progreso hacia la cobertura universal de salud.

Antecedentes

La meta de la cobertura universal de salud tiene una base sólida y las aspiraciones fundamentales tienen una larga historia. En la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala que el derecho a la salud es “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Este mensaje ha sido desde entonces reforzado reiteradamente, quizá de manera más prominente en la Declaración de Alma-Ata de 1978. Desde principios del siglo, la búsqueda de la cobertura universal de salud ha cobrado impulso en numerosos países y en la comunidad sanitaria mundial. En el 2005, los Estados Miembros de la OMS respaldaron la cobertura universal de salud como meta central y señalaron que “conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros”.

El *Informe sobre la salud en el mundo 2010* da seguimiento a esta idea y proporciona orientación práctica para la reforma de los sistemas de financiamiento sanitario de los países a fin de alcanzar la cobertura universal de salud. Desde entonces, más de setenta países han solicitado apoyo en materia de políticas y asesoramiento técnico de la OMS para llevar a cabo esas reformas. La Asamblea Mundial de la Salud respondió en el 2011 instando a la OMS a que elaborara un plan de acción para prestar tal apoyo y asesoramiento. Uno de los doce puntos del plan de acción es la acción en el campo de la equidad, tema clave que influye en la mayoría de los demás componentes de un sistema de salud. En concreto, se estableció el Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud con la finalidad de elaborar una guía para los países sobre la mejor manera de abordar los temas centrales de la justicia y la equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud.

Desde el 2011 se ha reiterado la necesidad apremiante de avanzar hacia la cobertura universal de salud; por ejemplo, en la Declaración de Bangkok sobre la Cobertura Universal de Salud y la Declaración Política de la Ciudad de México sobre la Cobertura Universal de Salud. Por otro

lado, a fines del 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó una resolución en la cual se subrayaba la responsabilidad de los gobiernos de “ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición a servicios de salud asequibles y de calidad”ⁱ. Posteriormente, la OMS publicó el *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*, en el que nuevamente subrayó la necesidad de avanzar hacia la cobertura universal de salud y describió varios medios para alcanzarla. La OMS recaló su compromiso al señalar el avance hacia la cobertura universal de salud como una prioridad de su liderazgo en el Duodécimo Programa General de Trabajo para el período 2014-2019. La cobertura universal de salud es también un tema central de las deliberaciones en curso sobre la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.

Paralelamente al trabajo de la OMS y otros actores del sistema multilateral, muchos países han redoblado sus esfuerzos en el avance hacia la cobertura universal de salud. Los resultados han sido alentadores y respaldan la afirmación de la Directora General de que la cobertura universal de salud es “el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer”.

Proceso

El plan de acción de la OMS motivó el establecimiento del Grupo Consultivo, integrado por dieciocho eticistas, economistas, expertos en políticas y médicos clínicos de trece nacionalidades. El Grupo trabajó en el informe desde mayo del 2012 hasta enero del 2014 y se reunió tres veces. Las reuniones se llevaron a cabo en Stavanger (Noruega), Boston (Estados Unidos) y Ginebra (Suiza). En varias etapas del proceso se distribuyeron borradores para revisión externa, incluso a algunos comités de ética nacionales y a centros colaboradores de la OMS en el campo de la bioética. Además, se recibieron comentarios de muchas otras personas y grupos que trabajaban en áreas pertinentes.

Contenido

Este informe aborda la justicia y la equidad en las decisiones cruciales que deben tomarse en el camino hacia la cobertura universal de salud. En consecuencia, el tema principal del informe no es por qué la cobertura universal de salud debe ser una meta, sino el *camino* que lleva a esa meta. El informe puede ser diferente de otros en cuanto a la manera directa en que aborda temas fundamentales y concesiones (*tradeoffs*) difíciles. Este enfoque fue facilitado por la participación de filósofos y eticistas además de economistas, expertos en políticas y médicos clínicos.

Público destinatario

En el progreso hacia la cobertura universal de salud influyen numerosos actores, entre ellos instituciones, grupos y particulares, dentro y fuera del gobierno, a nivel local, nacional e internacional. Los asuntos de justicia y equidad que se abordan en este informe son sumamente pertinentes para todos estos actores. Sin embargo, el informe es más pertinente para los gobiernos que se encargan de supervisar y guiar el progreso hacia la cobertura universal de salud. Más específicamente, el informe puede ser muy útil para los responsables de la formulación de políticas y los asesores técnicos de los ministerios de salud.

ⁱ N. del t.: En la versión oficial en español citada textualmente aquí se ha omitido la frase “acceso universal” que figura en la versión en inglés. En consecuencia, esta frase debería ser “de ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición **hacia el acceso universal** a servicios de salud asequibles y de calidad”.

Sinopsis

Desde el 2010, más de setenta países han solicitado apoyo en materia de políticas y asesoramiento técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Como parte de su respuesta, la OMS estableció el Grupo Consultivo sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud.

Este informe final del Grupo Consultivo aborda aspectos clave de la justicia y la equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud, aclarándolos y formulando recomendaciones a los países sobre la forma de manejarlos.

Para lograr la cobertura universal de salud, los países deben avanzar por lo menos en tres dimensiones: ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo. Sin embargo, en cada una de estas dimensiones los países se enfrentan con una decisión crucial: qué servicios ampliar primero, a quiénes incluir primero y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago. Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como el compromiso con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, deben guiar a los países en la adopción de estas decisiones.

La siguiente estrategia de tres partes podría ser útil para los países que procuran avanzar de manera justa y gradual hacia la cobertura universal de salud:

- Clasificar los servicios según las prioridades. Los criterios pertinentes deben incluir la costo-efectividad, la prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación y la protección contra riesgos financieros.
- Primero ampliar la cobertura de servicios de prioridad alta a todos. Eso incluye la eliminación de los pagos directos de bolsillo paralelamente al aumento del prepago obligatorio y progresivo con mancomunación de fondos.
- Al mismo tiempo, se debe procurar que los grupos desfavorecidos, que suelen incluir los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados.

Como parte de una estrategia general, los países deben tomar decisiones cuidadosamente dentro de cada dimensión del progreso y entre todas ellas. Estas decisiones dependen del contexto y puede haber varias maneras apropiadas de proceder. No obstante, algunas concesiones generalmente son inaceptables; por ejemplo, la ampliación de la cobertura de servicios de prioridad baja o media antes de que haya una cobertura casi universal de servicios de prioridad alta.

En la búsqueda de la cobertura universal de salud, los mecanismos robustos para la rendición de cuentas y la participación pueden facilitar las decisiones razonables y su cumplimiento. Estos mecanismos deben institucionalizarse, por ejemplo, por medio de un comité nacional permanente sobre el establecimiento de prioridades, y la creación de instituciones legítimas podría basarse en el marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables (*Accountability for Reasonableness*). Un sistema sólido de monitoreo y evaluación también es crucial para promover la rendición de cuentas y la participación y es imprescindible para avanzar eficazmente hacia la cobertura universal de salud.

Resumen

La cobertura universal de salud es una situación en la cual todas las personas reciben servicios de salud de buena calidad que satisfacen sus necesidades sin sufrir dificultades financieras al pagar por ellos. Dada la limitación de recursos, eso no implica todos los servicios posibles, sino una amplia gama de servicios clave que concuerde con otras metas sociales. La cobertura universal de salud recibió el firme respaldo de la Asamblea Mundial de la Salud en el 2005, así como el apoyo del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Desde entonces, más de setenta países han solicitado apoyo en materia de políticas y asesoramiento técnico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a fin de llevar a cabo reformas para alcanzar la cobertura universal de salud. En respuesta, la OMS elaboró un plan de acción que incluye una guía para que los países puedan manejar los temas centrales de la justicia y la equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud. Para elaborar esa guía se estableció el Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud.

Este documento es el informe final del Grupo Consultivo. El informe aborda los temas clave de la justicia y la equidad, aclarándolos y formulando recomendaciones sobre la forma en que los países pueden manejarlos. El informe es pertinente para una amplia gama de actores y en particular para los gobiernos, que se encargan de supervisar y guiar el progreso hacia la cobertura universal de salud.

A fin de lograr la cobertura universal de salud, los países deben avanzar por lo menos en tres dimensiones: ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo. Sin embargo, en cada una de estas dimensiones los países se enfrentan con una decisión crucial: qué servicios ampliar primero, a quiénes incluir primero y cómo pasar del pago de bolsillo al prepago. Un compromiso con la justicia y la preocupación afín por la equidad, así como un compromiso con el respeto de los derechos de las personas a la atención de salud, deben guiar a los países en la toma de estas decisiones. A fin de alcanzar la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva, hay que abordar cuidadosamente las tres decisiones cruciales y las concesiones entre dimensiones.

Ampliación de los servicios prioritarios

Cuando se amplían los servicios, la pregunta crucial es qué servicios ampliar primero. Es útil clasificar los servicios en tres clases: de prioridad alta, de prioridad media y de prioridad baja. Los criterios pertinentes para clasificar los servicios son la costo-efectividad, la prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación y la protección contra riesgos financieros.

Al determinar qué servicios ampliar primero, suele ser útil comenzar con estimaciones de la relación de costo-efectividad y luego integrar la preocupación por aquellos que se encuentran en peor situación y otros criterios pertinentes. Estos criterios deben estable-

cerse, equilibrarse y usarse en el contexto de una deliberación pública sólida y procedimientos participativos. Eso permitirá a una amplia gama de grupos hacer aportes al proceso de establecimiento de prioridades y promover la rendición de cuentas de las decisiones tomadas. Los países también se beneficiarán al contar con un comité nacional permanente sobre el establecimiento de prioridades para manejar los casos particularmente difíciles.

Inclusión de más personas

Cuando se procura incluir a más personas, una pregunta insoslayable es a quiénes incluir primero. A fin de incluir a más personas de manera justa, los países deben en primer lugar ampliar la cobertura de servicios, la cobertura de salud o ambos aspectos a los grupos de bajos ingresos, las poblaciones rurales y otros grupos desfavorecidos. Eso es especialmente importante para los servicios de prioridad alta. La inclusión justa de más personas podría requerir enfoques específicos en los casos en que resulte eficaz.

Reducción de los pagos directos de bolsillo

Muchos países dependen en gran medida de los pagos directos de bolsillo para financiar los servicios de salud. Tales pagos representan una barrera al acceso a los servicios de salud, especialmente para los pobres. Además, para los usuarios de los servicios y para su familia, los pagos de bolsillo son a menudo una carga económica sustancial y pueden incluso llevarlos a la ruina financiera. A fin de mejorar el acceso y la protección contra los riesgos financieros, los países deben, por consiguiente, pasar del pago de bolsillo al prepago obligatorio con mancomunación de fondos. Un problema fundamental es cómo hacerlo. Desde el punto de vista de lo que se considera justo, primero habría que reducir los pagos de bolsillo por servicios de prioridad alta y los pagos de los grupos desfavorecidos, incluidos los pobres. Con respecto al prepago obligatorio, desde el punto de vista de la justicia, en general debería aumentar con la capacidad de pago, y las contribuciones al sistema deberían ser progresivas. Al mismo tiempo, el acceso a los servicios debería basarse en la necesidad y no en la capacidad de pago.

Estrategia general y vías

Una estrategia de tres partes podría ser útil para los países que procuran avanzar de manera justa y gradual hacia la cobertura universal de salud:

- Clasificar los servicios según las prioridades. Los criterios pertinentes deben incluir la costo-efectividad, la prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación y la protección contra riesgos financieros.
- Primero ampliar la cobertura de servicios de prioridad alta a todos. Eso incluye la eliminación de los pagos directos de bolsillo paralelamente al aumento del prepago obligatorio y progresivo con mancomunación de fondos.
- Al mismo tiempo, se debe procurar que los grupos desfavorecidos, que suelen incluir los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados.

Como parte de una estrategia general, los países deben tomar decisiones cuidadosamente dentro de cada dimensión del progreso y entre todas ellas. Estas decisiones dependen del contexto y puede haber varias maneras apropiadas de proceder. No obstante, en la

búsqueda del alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud, algunas concesiones *generalmente son inaceptables*:

- *Concesión inaceptable I*: Ampliar la cobertura de servicios de prioridad baja o media antes de que haya una cobertura casi universal de servicios de prioridad alta. Eso incluye la reducción de los pagos directos de bolsillo por servicios de prioridad baja o media antes de la eliminación de los pagos de bolsillo por servicios de prioridad alta.
- *Concesión inaceptable II*: Asignar prioridad alta a servicios muy costosos cuya cobertura conferirá una protección financiera sustancial pero beneficios muy pequeños para la salud en comparación con otros servicios menos costosos.
- *Concesión inaceptable III*: Ampliar la cobertura a grupos adinerados antes de hacerlo para los grupos que se encuentran en peor situación cuando los costos y los beneficios no son muy diferentes. Eso incluye ampliar la cobertura a aquellos que ya tienen una cobertura alta antes que a los grupos que tienen una cobertura menor.
- *Concesión inaceptable IV*: Incluir primero en el sistema de cobertura universal solo a aquellos que puedan pagar y no incluir a los trabajadores informales y los pobres, aunque ese enfoque sea más fácil.
- *Concesión inaceptable V*: Pasar del pago directo de bolsillo al prepago obligatorio de una manera que haga que el sistema de financiamiento sea menos progresivo.

Mecanismos e instituciones

Para alcanzar la cobertura universal de salud de una manera justa y progresiva hay que tomar decisiones de política difíciles. Las decisiones razonables y su cumplimiento pueden ser facilitadas por mecanismos robustos de rendición de cuentas y participación pública. Estos mecanismos son esenciales para la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades y específicamente para abordar las tres decisiones cruciales en el camino hacia la cobertura universal de salud y las concesiones entre las dimensiones del progreso. Asimismo, estos mecanismos son cruciales para dar seguimiento a los recursos y los resultados. A fin de desempeñar adecuadamente estas funciones, la rendición de cuentas y la participación pública deben institucionalizarse, y el establecimiento de instituciones legítimas puede basarse en el marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables (*Accountability for Reasonableness*).

También se necesita un sistema sólido de monitoreo y evaluación a fin de promover la rendición de cuentas y la participación. Un sistema de ese tipo es imprescindible para avanzar eficazmente hacia la cobertura universal de salud en general. Los países deben seleccionar cuidadosamente un conjunto de indicadores, invertir en sistemas de información sanitaria e integrar adecuadamente la información en la formulación de políticas. Los indicadores que se seleccionen deben concordar estrechamente con la meta de la cobertura universal de salud y, en la mayoría de los entornos, incluir indicadores de cuatro tipos como mínimo: indicadores relacionados con los procesos para el establecimiento de prioridades, indicadores de la cobertura, indicadores de la protección contra los riesgos financieros e indicadores de los resultados en materia de salud. Los últimos tres tipos de indicadores deben reflejar tanto los promedios como la equidad en la distribución.

Lista de abreviaturas

ECOSf	Equipos comunitarios de salud familiar
ENT	Enfermedades no transmisibles
EVAS	Esperanza de vida ajustada en función de la salud
IC	Índice de concentración
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

1

Cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud es una situación en la cual todas las personas reciben servicios de salud de buena calidad que satisfacen sus necesidades sin sufrir dificultades económicas al pagar por ellos.¹ Dada la limitación de recursos, eso no implica todos los servicios posibles, sino una amplia gama de servicios clave que concuerden con otras metas sociales. Los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) han respaldado la cobertura universal de salud como meta y han señalado que “conviene mejorar aún más los sistemas de financiación de la salud para garantizar el acceso a los servicios necesarios y a la vez ofrecer protección contra los riesgos financieros”.² Este informe aborda las decisiones cruciales con respecto a la justicia y la equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud.

Definición de cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud es la situación en la cual “todas las personas reciben servicios de salud de buena calidad que satisfacen sus necesidades sin estar expuestas a dificultades económicas como consecuencia del pago de los servicios”.^{1,ii} La interpretación de esta definición es importante, especialmente en lo que se refiere a los “servicios que satisfacen sus necesidades”, ya que el concepto de necesidad es ambiguo.⁵⁻⁷ La “necesidad” puede, por ejemplo, referirse a una salud que no llega a ser normal, la capacidad para beneficiarse de un servicio o una combinación de ambas cosas. Por otro lado, de acuerdo con la mayoría de las interpretaciones, los recursos disponibles en todos los países no son suficientes para satisfacer todas las necesidades. Por consiguiente, es crucial que los recursos estén concentrados en el conjunto más importante de servicios y que los recursos dedicados a alcanzar la cobertura universal de salud

ⁱ En lugar de “cobertura universal de salud”, a veces se usan las frases “cobertura universal”, “cobertura universal de atención de salud” y “acceso universal”. En vista de lo que se entiende por “cobertura universal de salud” en este informe, el acceso universal y la atención de salud universal pueden considerarse como componentes de la cobertura universal de salud.

ⁱⁱ Las definiciones de “cobertura universal de salud” y “cobertura universal” varían. En la 58.^a Asamblea Mundial de la salud, del 2005, la cobertura universal se definió como “el acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación”.³ En cambio, en el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* se especifica la “cobertura universal” como la meta de que “todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos”, y el informe se centra en general en el “acceso a los servicios necesarios” y la “protección contra los riesgos financieros”.⁴ La mayoría de las definiciones posteriores han tenido una estructura muy similar, con algunas variaciones en la redacción. Aunque estas variaciones parezcan ser pequeñas, hay que reconocer por lo menos cuatro tipos. Primero, en algunas definiciones se afirma que todos deben tener “acceso” a servicios, a diferencia de “recibir” servicios. Segundo, en algunas definiciones se hace referencia a “servicios necesarios” o “servicios clave”, a diferencia de “servicios que satisfacen [las] necesidades [de las personas]”. Esto se analiza con más detenimiento a continuación. Tercero, en algunas definiciones se hace referencia a “catástrofe financiera”, “ruina financiera” o “pobreza” en vez de “dificultades financieras”. Cuarto, no en todas las definiciones se establece un nexo explícito entre el perjuicio financiero y el pago de los servicios.

no pongan en peligro otras metas sociales importantes. A fin de alcanzar la cobertura universal de salud, su definición debe tener en cuenta estas preocupaciones. En consecuencia, en el presente informe no se entiende que la cobertura universal de salud requiera todos los servicios que se prevea que sean beneficiosos. En cambio, según el informe, la cobertura universal de salud requiere una gama integral de servicios clave que concuerden con otras metas sociales.

La meta de la cobertura universal de salud

Aunque este informe no trata principalmente de la razón por la cual los países deberían tratar de alcanzar la cobertura universal de salud, es útil describir la justificación sólida y polifacética de esa meta. Primero, lo que lleva a asegurar el acceso a los servicios de salud es los beneficios individuales de su utilización. Estas mejoras en la salud pueden considerarse como un fin en sí mismas y como elementos cruciales para el bienestar general y los conceptos relacionados de capacidades y oportunidades.^{5, 8-10} La salud puede afectar al bienestar general de manera directa e indirecta; por ejemplo, por medio de los ingresos y la riqueza. También puede considerarse que la salud tiene gran importancia debido a su impacto en la gama de oportunidades para la gente, como su capacidad para trabajar o educarse, o la variedad de planes de vida que se les presenta.⁵

Desde las mismas perspectivas, también es evidente por qué el acceso *económicamente asequible* es tan importante. Igual que la mala salud, los grandes pagos por los servicios pueden limitar enormemente el bienestar y las oportunidades, no solo para el usuario del servicio, sino también para su familia.¹¹⁻¹³ El acceso económicamente asequible en todo el proceso continuo de la atención también facilita la utilización de los servicios preventivos, que a menudo son más costo-efectivos que los servicios curativos correspondientes. Por otro lado, el acceso económicamente asequible es beneficioso incluso para las personas que no necesitan recurrir a los servicios de salud. Entre otras cosas, saber que tienen acceso económicamente asequible puede reducir la ansiedad y el temor de enfermarse, con lo cual la gente duerme más tranquila. Esa certeza también puede facilitar la planificación y el uso productivo de recursos que de otro modo tendrían que mantenerse en reserva por si surge la necesidad de servicios costosos.

La cobertura generalizada también es beneficiosa para la sociedad en general. La mejora de la cobertura conduce a una mejora de la salud de la población,¹⁴ y la salud contribuye al desarrollo de manera directa,^{10, 15} tal como lo demuestra, por ejemplo, el índice de desarrollo humano (IDH).¹⁶ Además, la salud afecta al desarrollo y el bienestar general de la sociedad indirectamente. Los niños sanos están en mejores condiciones de aprender,^{17, 18} y una población saludable facilita el crecimiento económico.^{19, 20} Según un estudio, por cada dólar gastado en servicios clave, el rendimiento económico directo e indirecto, calculado como "ingresos completos", puede multiplicarse por un factor de 9 a 20.²¹ En otras palabras, el rendimiento de las inversiones en la salud puede ser enorme.

Otro motivo para alcanzar la cobertura universal de salud es sus efectos distributivos. Independientemente de los beneficios que aporta a la sociedad, la cobertura *universal* de salud puede fundamentarse en la idea de que la cobertura no debe estar restringida a los sectores de la población que se encuentran en mejor situación económica o, más específicamente, en la idea de que tal restricción es injusta.^{5, 22} En la medida en que mejore la cobertura para los sectores de la población que se encuentran en peor situación, el progreso hacia la cobertura universal de salud también puede promover una distribución más justa de la salud y el bienestar.

La cobertura universal de salud también es una manera de velar por los derechos a la atención de salud y “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”²³ que se reconoce en el derecho internacional.²⁴ Todos los países del mundo han ratificado al menos un tratado que especifica obligaciones con respecto al derecho a la salud. De acuerdo con el derecho internacional, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para posibilitar el alcance del derecho a la salud o el derecho a la atención de salud sobre una base no discriminatoria (como se especifica en algunos tratados). Esta obligación incluye una estrategia y plan de acción para alcanzar esa meta, así como mecanismos de supervisión y reparación.²⁵ Las partes de algunos tratados internacionales también tienen la obligación de asignar suficientes recursos para posibilitar el alcance del derecho a la salud. En otras palabras, los Estados tienen la obligación de adoptar medidas apropiadas para posibilitar el alcance del derecho a la salud, y la cobertura universal de salud es crucial para este cometido. En consecuencia, muchos enfoques diferentes, incluidos aquellos que se basan en la justicia o los derechos, pueden respaldar y promover la búsqueda urgente de la cobertura universal de salud.

El alcance de la cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud debe entenderse de una manera integral. Más específicamente, para alcanzar la meta de la cobertura universal de salud se necesitan servicios de calidad de muchas clases, el fortalecimiento de todo el sistema de salud y la acción intersectorial.

En cuanto a los servicios, la cobertura universal de salud no se limita a los servicios clínicos y curativos, sino que abarca la salud pública y medidas orientadas a la población, así como servicios de promoción, prevención y rehabilitación.^{3,4} La cobertura de salud pública y las medidas orientadas a la población incluyen, por ejemplo, campañas informativas sobre la higiene y la inocuidad de los alimentos, el control de vectores y la reglamentación del tabaco. Los servicios, en su sentido amplio, también incluyen el suministro de medicamentos, dispositivos y otros productos. Especialmente con respecto a los medicamentos esenciales, se ha hecho un esfuerzo considerable para promover el acceso universal.^{26,27} Para todos los servicios, lo fundamental es la calidad, no solo la cantidad. Al avanzar hacia la cobertura universal de salud, los países deben procurar que todos tengan acceso no solo a servicios, sino a servicios que sean verdaderamente eficaces y de buena calidad.^{28,29}

La cobertura universal de salud se centra principalmente, pero no exclusivamente, en el financiamiento. La función financiera de los sistemas de salud abarca la recaudación de ingresos, la mancomunación de recursos y la adquisición de servicios,³⁰ tareas que son fundamentales para alcanzar la cobertura universal de salud. Sin embargo, la cobertura universal de salud y los medios necesarios para avanzar no se limitan al financiamiento. Para la cobertura universal de salud, lo que cuenta es la cobertura en general y, por lo tanto, todas las barreras a la cobertura. Muchas de estas barreras son principalmente no financieras: se trata de barreras jurídicas, institucionales, tecnológicas, informativas, geográficas y culturales, y la mejor forma de abordarlas no es necesariamente con medios financieros.³¹⁻³⁴ Por consiguiente, hay que fortalecer todas las funciones del sistema de salud. Además del financiamiento, las cuatro funciones clave incluyen la provisión de servicios, la generación de recursos humanos y físicos, y la rectoría.³⁵ La rectoría requiere que el gobierno supervise y

guíe las otras funciones. La clasificación de las funciones también destaca la importancia de los recursos humanos en el fortalecimiento de los sistemas de salud.^{36, 37}

La cobertura universal de salud requiere una acción que vaya más allá del sector de la salud y el sistema de salud, ya que los medios para mejorar el acceso a los servicios de salud y la protección financiera no se limitan a ese sector y sistema. Por ejemplo, el acceso económicamente asequible puede depender en gran medida de las políticas en los sectores del transporte, el empleo, la educación y las finanzas. Por lo tanto, para alcanzar la cobertura universal de salud se necesita una acción intersectorial.^{38, 39} Además, el objetivo fundamental de mejorar la salud, y no solo los servicios de salud, requiere enfoques que van más allá del sector de la salud también en términos más generales. Los países deben abordar los determinantes más amplios de la salud, entre ellos determinantes sociales tales como la educación, el empleo, la vivienda y el medio ambiente.^{40, 41} En consecuencia, el avance hacia la cobertura universal de salud debe concordar con tales cometidos.

Por último, aunque la mayoría de las iniciativas para alcanzar la cobertura universal de salud se centran en la política sanitaria interna, no hay que perder de vista el objetivo fundamental y más amplio de la cobertura integral para todos los habitantes del mundo. Actualmente, las diferencias en la cobertura de salud y servicios son profundas tanto entre países como dentro de ellos. Por ejemplo, en el 2010, la esperanza de vida sana al nacer para los hombres iba de 37,7 años de vida sana en la República Centrafricana a 70,6 en Japón.^{42, iii} Asimismo, la tasa de mortalidad de menores de 5 años se situaba entre 180 y 2 por 1.000 nacidos vivos.⁴³ Las diferencias en la cobertura de servicios no son menos pronunciadas. Por ejemplo, el porcentaje de niños de 1 año que han recibido la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3) se sitúa entre 33% y 99%, en tanto que el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado se sitúa entre 9% y 100%.⁴³ Lo que es particularmente perturbador es que las desigualdades en la salud y en la cobertura de servicios suelen estar correlacionadas, de modo que la cobertura es menor donde las necesidades son mayores. Estas desigualdades y las diferencias en la capacidad de los países para atender las necesidades de salud plantean varios asuntos importantes.⁴⁴ En particular, cabe preguntarse de qué forma los países capaces pueden y deben ayudar a los países que no pueden atender adecuadamente sus necesidades internas por sí solos. Las preocupaciones relativas a la justicia global, la solidaridad mundial y los derechos humanos pueden, por ejemplo, motivar la asistencia para el desarrollo orientada a la salud con la finalidad de cerrar las brechas más obvias en la cobertura de servicios.^{45, 46}

Dimensiones del progreso y decisiones cruciales

Varios países han demostrado recientemente que se pueden realizar avances importantes hacia la cobertura universal de salud, aun en entornos con recursos limitados.^{47, 48} Entre estos países cabe señalar Camboya, Chile, China, Colombia, Ghana, Indonesia, México, Filipinas, Rwanda, Tailandia y Viet Nam.^{iv}

ⁱⁱⁱ Debido al terremoto, en el 2010 la esperanza de vida sana en Haití era de solo 27,8 años.

^{iv} Se han hecho muchos estudios de caso de las reformas orientadas a la cobertura universal de salud en estos países y en otros. Algunas colecciones útiles de estudios de casos son UHC Forward,⁴⁹ una compilación de logros ejemplares de la OMS⁵⁰ y la serie de estudios del Banco Mundial sobre la cobertura universal de salud.

Obviamente, ningún país parte de una cobertura cero y no hay un camino único a la cobertura universal de salud que todo país deba seguir. Sin embargo, para alcanzar la cobertura universal de salud, cada país debe avanzar por lo menos en tres dimensiones: ampliar los servicios prioritarios, incluir a más personas y reducir los pagos directos de bolsillo. Estas tres dimensiones corresponden estrechamente a aquellas que a menudo se recalcan en el contexto del financiamiento y, más específicamente, a las dimensiones de la ahora muy conocida caja de la cobertura universal de salud.⁴ Esta caja, que se muestra en la figura 1.1, ilustra tres dimensiones que deben considerarse al avanzar hacia la cobertura universal de salud: a) la proporción de la población que se cubrirá; b) la gama de servicios que se ofrecerá; y c) la proporción de los costos totales que se sufragará. Más específicamente, la primera dimensión está vinculada a la proporción de personas cubiertas con fondos mancomunados, mientras que la tercera dimensión se refiere a la proporción del costo total que se sufragará con fondos mancomunados.

En este informe se da una interpretación un poco más amplia a las tres dimensiones. Aunque la ampliación de los servicios prioritarios normalmente requiere cambios en el financiamiento, también puede ser producto de otros cambios. Por ejemplo, la cobertura de servicios prioritarios puede ampliarse cambiando el uso del personal de salud o de la tecnología y la infraestructura existentes. Por otro lado, para reducir las barreras a la cobertura se necesita actuar con respecto a muchas barreras no financieras y usar medios no financieros. Algunas de estas barreras son el estigma y las normas culturales, por ejemplo.

En cada dimensión, los países que avancen se enfrentarán al menos con una decisión fundamental con respecto a la justicia y la equidad. Al ampliar los servicios prioritarios, los países deben decidir qué servicios ampliar primero. Al incluir a más personas, los países deben decidir a quiénes incluir primero. Al reducir los pagos directos de bolsillo, los países deben decidir cómo pasar del pago de bolsillo al prepago. Las dimensiones del progreso y las decisiones relacionadas se resumen en el recuadro 1.1.

Figura 1.1. Tres dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal de salud

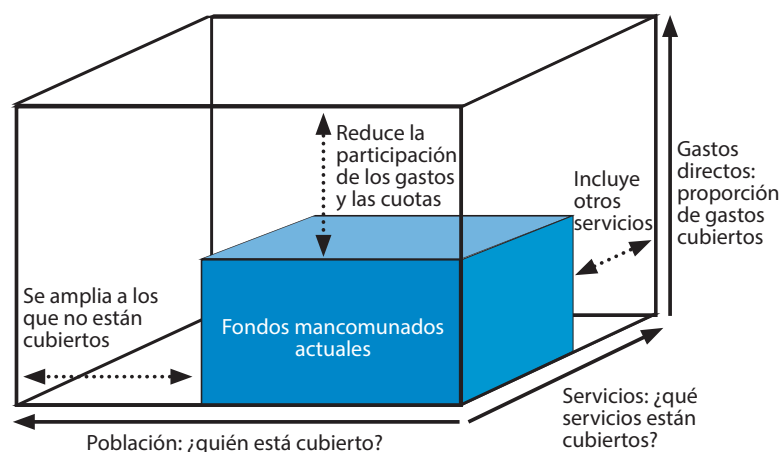


Figura adaptada del *Informe sobre la salud en el mundo 2010*⁴

**Recuadro 1.1. Dimensiones y decisiones cruciales en el camino
hacia la cobertura universal de salud**

Dimensión del progreso	Decisión crucial
Ampliación de los servicios prioritarios	Qué servicios ampliar primero
Inclusión de más personas	A quiénes incluir primero
Reducción de los pagos directos de bolsillo	Cómo pasar del pago directo de bolsillo al prepago

Ampliación de los servicios prioritarios

Se puede avanzar hacia la cobertura universal de salud ampliando los servicios prioritarios. Sin embargo, ningún país puede cubrir todos los servicios que se prevé que serán beneficiosos. Por consiguiente, para cada paso hacia la cobertura universal de salud, los países deben elegir entre los diferentes servicios aquellos que deban ser ampliados. Después tienen que decidir qué servicios ampliar primero.

Inclusión de más personas

Se puede avanzar hacia la cobertura universal de salud incluyendo a más personas. Con ese fin, los países deben tratar de reducir todas las barreras a la cobertura eficaz. Entre ellas se encuentran los pagos prohibitivos por los servicios y otras barreras financieras y no financieras. Las barreras no financieras son de índole jurídica, institucional, tecnológica, informativa, geográfica y cultural. Como estas barreras no pueden eliminarse de inmediato en todos los casos, los países tienen que decidir a quiénes incluir primero.

Reducción de los pagos directos de bolsillo

Se puede avanzar hacia la cobertura universal de salud reduciendo los pagos directos de bolsillo y aumentando el prepago obligatorio; por ejemplo, en forma de impuestos o primas. Al proceder de esta forma, los países tienen que decidir cómo pasar del pago de bolsillo al prepago.

El contexto preferido

En el progreso hacia la cobertura universal de salud influyen numerosos actores, entre ellos instituciones, grupos y particulares, dentro y fuera del gobierno, a nivel local, nacional e internacional. En sus decisiones influyen varias consideraciones, entre ellas las circunstancias económicas y políticas y los intereses económicos y políticos de los actores,⁵²⁻⁵⁴ así como sus ideales.^{55, 56} Algunos de los ideales principales están relacionados con la distribución justa y equitativa de los beneficios y las cargas en la sociedad. En este informe se abordan los asuntos de justicia y equidad que surgen en el camino hacia la cobertura universal de salud. Es indispensable que todos los actores que influyen en ese camino sean profundamente conscientes de esos asuntos y que tomen las decisiones correspondientes con cuidado. El personal de salud es, obviamente, uno de los actores principales. Este informe, sin embargo, aborda principalmente las decisiones que deben tomar los gobiernos a cargo de supervisar y guiar el progreso hacia la cobertura universal de salud. En particular, el informe puede ser útil para los responsables de la formulación de políticas y los asesores técnicos de los ministerios de salud.

2

La función crucial de la justicia y la equidad

Justicia y equidad

La justicia y la equidad son valores fundamentales para la política pública. Son ideas poderosas en los debates públicos, políticos y jurídicos^{5, 8, 57} y desempeñan un papel central en el contexto de la cobertura universal de salud.^{31, 32, 40, 58, 59} No solo pueden motivar la meta de la cobertura universal de salud, sino que también influyen en las decisiones cruciales que deben tomarse en el camino a esa meta. Cuando no se puede alcanzar la cobertura universal de salud de inmediato, es indispensable avanzar de forma justa y equitativa. Más específicamente, cuando los países amplían los servicios prioritarios, incluyen a más personas y reducen los pagos directos de bolsillo, deben tratar de hacerlo de manera justa y equitativa.

La justicia y la equidad se refieren principalmente a la distribución de los beneficios y las cargas en la sociedad. No hay consenso sobre los límites precisos de los conceptos de justicia y equidad o sobre su contenido exacto. En este informe, ambos términos se usan indistintamente. Al mismo tiempo, se puede hacer una distinción útil entre la equidad horizontal y vertical. La equidad horizontal requiere el trato igualitario de casos pertinentemente similares, mientras que la equidad vertical requiere un trato apropiadamente desigual de casos disímiles.ⁱ Estas normas pueden aplicarse a la distribución tanto de los beneficios de la salud y la cobertura de servicios de salud como de las cargas, incluidas las contribuciones financieras al sistema de salud.

Más allá de estas inquietudes generales, podría haber acuerdo generalizado sobre asuntos más específicos. Por ejemplo, a muchas personas les parece que es injusto que algunos sectores de la población no tengan acceso económicamente asequible ni siquiera a servicios muy costo-efectivos para atender afecciones muy graves mientras que otros sectores de la población tienen cobertura de servicios muy costosos que proporcionan solo beneficios limitados. Algunos ejemplos de la primera categoría de servicios son los antibióticos para la neumonía, la atención del parto por personal capacitado, el tratamiento de la malaria y la prevención secundaria de accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio. Un ejemplo de la segunda categoría de servicios podría ser una quimioterapia costosa y experimental cuyo beneficio no se haya comprobado.

ⁱ La equidad horizontal y vertical se ha analizado ampliamente en el contexto de la atención de salud y en muchos otros.⁶⁰⁻⁶² La definición utilizada variaba según el caso y a veces era diferente de la que se usa aquí.

Maximización de los beneficios

Además de la justicia, otro objetivo cardinal de la política pública es la maximización de los beneficios, o sea, la maximización de todos los beneficios para todas las personas en la sociedad.ⁱⁱ Con respecto a la salud, los beneficios pertinentes pueden incluir, por ejemplo, años de vida adicionales o mejoras de la calidad de vida relacionadas con la salud. Aunque la justicia se refiere directamente a la distribución de los beneficios entre las personas, la meta de la maximización de los beneficios se refiere directamente solo a la totalidad de los beneficios. Esta meta a menudo suscita preocupación en lo que concierne a la costo-efectividad, o sea, una preocupación por la relación entre los beneficios generados y los recursos utilizados.

En muchos casos, las exigencias de la justicia y la maximización de los beneficios van de la mano. Entre las distintas políticas, no es poco común que la política más justa, según la interpretación pertinente, también genere los mayores beneficios.^{21, 63, 64} Por ejemplo, las “mejores inversiones” de la OMS en los servicios de salud de la madre, del recién nacido y del niño probablemente beneficien a aquellos que se encuentran en el peor estado de salud y que tienen el acceso más limitado a la atención y, al mismo tiempo, maximicen la totalidad de los beneficios para la salud (en comparación con muchos otros servicios).⁶⁵ De igual manera, los servicios focalizados en los sectores más pobres y marginados de la población pueden maximizar la salud, en comparación con los servicios que no están focalizados.⁶⁶ Obviamente, es crucial que los países seleccionen políticas óptimas desde el punto de vista tanto de la justicia como de la maximización de los beneficios en los casos en que las haya. Con ese fin, los países deben prestar suma atención a la evidencia sobre la totalidad de los beneficios y su distribución.

En otros casos, la política que se considera como la más justa no es la que maximiza los beneficios.^{64, 67-73} Por ejemplo, el tratamiento para la hipertensión puede ser más costo-efectivo que la vacuna antineumocócica, mientras que la vacuna sirve para afecciones con una carga de enfermedad individual mayor.⁷⁴ De igual manera, desde el punto de vista de la justicia, lo mejor podría ser ampliar la cobertura primero a una población rural con menor cobertura, en peor estado de salud y más pobre que una población urbana.^{75, 76} Al mismo tiempo, es posible que sea más costoso ofrecer a esa población rural un conjunto dado de servicios, que los servicios sean menos eficaces para esa población o que ocurran ambas cosas.⁶³ Por lo tanto, de acuerdo con el objetivo de maximizar los beneficios habría que asignar prioridad a la población urbana. En las situaciones en que ambos objetivos divergen en lo que se refiere a las políticas recomendables, es nuevamente crucial que los países evalúen distintas políticas con respecto a ambos objetivos. Solo entonces será posible equilibrar cuidadosamente los objetivos y seleccionar la mejor política general. Estos esfuerzos para equilibrarlos se abordan más a fondo en los capítulos siguientes.

Consideraciones orientadoras

De los objetivos descritos anteriormente se desprenden otras tres consideraciones orientadoras concretas para las decisiones que deben tomarse en el camino hacia la cobertura universal de salud:

ⁱⁱ Esto se plantea a veces en términos de eficiencia. En rigor, sin embargo, la eficiencia puede definirse en relación con cualquier objetivo, entre ellos la justicia y la equidad.

- *Distribución justa*: La cobertura y la utilización de los servicios deben basarse en la necesidad y se debe dar prioridad a las políticas que beneficien a los grupos en peor situación.
- *Costo-efectividad*: Se debe dar prioridad a las políticas más costo-efectivas.
- *Contribución justa*: Las contribuciones al sistema de salud deben basarse en la capacidad de pago y no en la necesidad.

Estas consideraciones no son absolutas y deben equilibrarse entre ellas y con otras preocupaciones.

Distribución justa

Hay muchas razones por las cuales la cobertura y la utilización de los servicios deben basarse en la necesidad.ⁱⁱⁱ Algunas de las razones principales se describieron en el capítulo 1 y están relacionadas con la importancia de la salud y los servicios de salud para las personas y la sociedad, el derecho a la salud y la responsabilidad colectiva por el acceso económicamente asequible. En particular, a nadie se le debe negar la cobertura de servicios de prioridad alta simplemente porque sea pobre y no pueda pagar.

Más específicamente, una ampliación justa de la cobertura asigna prioridad a políticas que benefician a las personas que se encuentran en peor situación. Las personas o los grupos pueden encontrarse en una mala situación de diferentes maneras, y las numerosas razones para asignar prioridad a aquellos que se encuentran en peor situación se refieren en parte a diferentes aspectos de su situación.^{77, 78}

Primero, la preocupación por aquellos que se encuentran en peor situación podría referirse a su salud, situación socioeconómica o bienestar general. Una motivación podría ser que las personas que se encuentran en peor situación de acuerdo con la definición están en un nivel más bajo en términos absolutos y normalmente necesitan más los beneficios que una mejor cobertura trae consigo.^{79, 80} Otra motivación relacionada podría ser la promoción de la igualdad, incluida la igualdad de oportunidades.^{5, 60, 81-84} Por otro lado, la asignación de prioridad a las personas que se encuentran en peor situación podría estar motivada por el derecho a la salud.⁸⁵ En todo caso, al considerar las personas que se encuentran en peor situación en cuanto a la salud o el bienestar, hay buenas razones para centrarse no solo en aquellas que se encuentran *actualmente* en peor situación, sino también en las personas que se prevé que se encontrarán en peor situación durante su vida.^{81, 86} Esto se examinará más a fondo en otros capítulos.

Segundo, la preocupación por aquellos que se encuentran en peor situación podría referirse a la cobertura de servicios. Su cobertura podría ser limitada por todo tipo de razones, como la disponibilidad limitada de servicios, las barreras al acceso a los servicios disponibles y la protección financiera limitada. Podría haber varios motivos para prestar especial atención a las personas con la menor cobertura. Por ejemplo, estas personas son normalmente las que más necesitan mejoras. Por otro lado, dar prioridad a las personas con la menor cobertura podría promover la igualdad en la

ⁱⁱⁱ Estas razones suelen oponerse al "principio de contribución", según el cual las personas que más contribuyen al sistema deben tener prioridad en la distribución de los beneficios.

cobertura y colocar al mayor número posible de personas por encima de un nivel de cobertura determinado. En parte como consecuencia de estos efectos, podría considerarse también que el derecho a la salud exige que se preste especial atención a las personas con la menor cobertura.

Otra posibilidad es preocuparse más directamente por la distribución de la cobertura, en vez de centrarse específicamente en las personas que se encuentran en peor situación. Por ejemplo, algunas distribuciones expresan mejor la igualdad del respeto y de la dignidad humana que otras.⁸⁷ Además, ciertas distribuciones de la cobertura pueden estar motivadas por sus efectos en la distribución de los resultados en cuanto a la salud o el bienestar general.⁵ Por ejemplo, la atención especial a las personas con la menor cobertura podría promover la igualdad en estos resultados⁵ y, en muchos casos, dar prioridad a las personas con la menor cobertura podría maximizar la totalidad de los beneficios.^{63,66}

Costo-efectividad

Una ampliación justa y óptima de la cobertura asigna prioridad a las políticas y los servicios costo-efectivos, es decir, a las políticas y los servicios que redundan en grandes beneficios, considerados en su totalidad, en relación con el costo. Muchas directrices nacionales e internacionales recalcan la costo-efectividad.^{19,88} La asignación de prioridad a las políticas eficaces en función de los costos normalmente está motivada por la meta de maximizar los beneficios para la salud, o sea, obtener el máximo beneficio posible con los recursos disponibles.⁸⁹⁻⁹² Sin embargo, la atención especial a las políticas y los servicios costo-efectivos puede estar motivada también en cierta medida por la justicia.^{iv}

Contribución justa

Una ampliación justa de la cobertura promueve la separación entre la utilización y el pago de los servicios, especialmente en lo que respecta a los servicios de prioridad alta. Esta separación puede existir cuando se deja que la necesidad guíe la utilización de los servicios y que la capacidad de pago sea el principal factor determinante de los pagos requeridos.^{4,35} Para que haya una separación óptima de la cobertura y la contribución se necesita un sistema que recurra al prepago obligatorio y a la mancomunación de fondos, como se describe en el capítulo 5.

Las tres consideraciones orientadoras pueden ayudar a detectar aspectos cruciales de la distribución en el camino hacia la cobertura universal de salud. Además, proporcionan una guía para abordar estos asuntos y alcanzar la cobertura universal de salud de forma justa y progresiva. Sin embargo, las tres consideraciones siempre deben equilibrarse entre ellas y con otras preocupaciones pertinentes.

^{iv} Las diferencias en la costo-efectividad pueden ser una de varias diferencias pertinentes para la justicia. Sin embargo, las políticas motivadas exclusivamente por la costo-efectividad podrían ser incompatibles con las políticas recomendables sobre la base del criterio de justicia general.

3

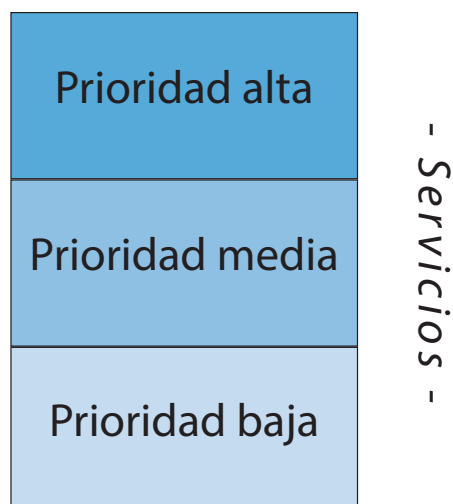
Ampliación de los servicios prioritarios

La cobertura universal de salud va más allá de un conjunto mínimo de servicios de salud y requiere la ampliación progresiva de una gama integral de servicios clave. En cada punto del camino hacia la cobertura universal de salud, es importante procurar que haya una combinación apropiada de servicios. Con ese fin, los países deben establecer prioridades cuidadosamente y decidir qué servicios ampliar primero.

Al ampliar la cobertura de servicios, hay que establecer prioridades entre los diversos servicios. Cuando se consiguen más recursos, los países tienen que tomar una decisión crucial: qué servicios ampliar primero. Aunque ningún país parte de cero y no hay un camino único a la cobertura universal de salud que cada país deba seguir, todos los países deben tomar continuamente decisiones de ese tipo en el camino hacia la cobertura universal de salud. De hecho, cada país clasifica continuamente distintos servicios, de manera implícita o explícita. Al decidir qué servicios ampliar primero, puede ser útil clasificar los servicios por lo menos en tres clases: de prioridad alta, de prioridad media y de prioridad baja. Este sistema sencillo se muestra en la figura 3.1.

Las clases amplias como estas pueden simplificar el proceso decisorio. Sin embargo, hay que reconocer que los límites entre clases no siempre serán claros y que habrá grandes diferencias también entre los servicios de cada clase en cuanto a su importancia.

Figura 3.1. Clasificación sencilla de los servicios



En los países donde no hay cobertura universal de todos los servicios de prioridad alta, ampliar su cobertura debería ser la máxima prioridad. En general, no se debe ampliar la cobertura de servicios de prioridad baja o media antes de que haya una cobertura casi universal de servicios de prioridad alta. De manera análoga, en general no se debe tratar de alcanzar la cobertura universal de servicios de prioridad baja antes de ampliar plenamente la cobertura de servicios de prioridad media.

La clasificación de los servicios debe basarse en criterios de selección claros y razonables. Algunos criterios tienen una justificación

general sólida y es probable que sean considerados pertinentes en una amplia gama de contextos. Al mismo tiempo, los criterios deben ser sensibles a las circunstancias locales pertinentes e integrarse con mecanismos de rendición de cuentas y participación pública como los que se describen en el capítulo 7.

El alcance de la selección de servicios

Al seleccionar servicios, hay que considerar una amplia gama de servicios. Sin duda, la atención no debe limitarse al tratamiento y los servicios curativos, sino que se deben incluir también la prevención, la promoción, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Los servicios de prevención y promoción deben ir más allá de los servicios personales e incluir diversas intervenciones basadas en la población.^{3,4} Cuando se financian distintos tipos de servicios con presupuestos diferentes, hay que contar con mecanismos para garantizar la asignación óptima de recursos entre presupuestos. Independientemente del tipo de servicios, la cobertura universal de salud requiere que se tengan en cuenta debidamente todas las causas importantes de morbilidad y mortalidad. Eso significa que los países no solo deben abordar con firmeza las enfermedades transmisibles y la agenda inconclusa de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), sino también desplegar una respuesta eficaz a las enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los trastornos mentales, y las lesiones. Si la respuesta a estos trastornos se concentra en los servicios más importantes, se pueden hacer grandes avances sin perder de vista la carga persistente de las enfermedades transmisibles.⁹³

La selección explícita de servicios no debe interpretarse como si estos servicios estuvieran atados a programas verticales o para combatir enfermedades específicas. Al contrario, la selección explícita de servicios puede facilitar el fortalecimiento de los sistemas de salud en torno a un conjunto completo y bien integrado de servicios clave. Por otro lado, los criterios para la selección de servicios son pertinentes no solo para la ampliación de los servicios cuando se consiguen recursos, sino que también pueden servir de base para el reemplazo de servicios existentes y menos importantes con servicios más importantes en el marco de un presupuesto fijo. Además, los criterios similares pueden ser útiles para los países que quieren crear una lista explícita de servicios incluidos y excluidos. Muchos países se centran explícitamente en un conjunto de servicios dirigidos a toda la población o a la parte que probablemente tenga la menor cobertura⁹⁴⁻⁹⁶. Independientemente de que se use tal lista, hay buenas razones, entre ellas las que están relacionadas con la rendición de cuentas democrática, el aprendizaje social y la prevención de la corrupción, para que cualquier sistema de salud sea lo más explícito posible acerca de los servicios que están incluidos, los que están excluidos y los criterios que guían la selección de servicios.⁹⁷

Criterios para la selección de servicios

Hay toda una gama de criterios que podrían servir para la selección de los servicios prioritarios y la combinación óptima de servicios. Se han establecido varios criterios diferentes, aunque a menudo superpuestos, en las directrices nacionales para el establecimiento de prioridades. Los países con criterios particularmente explícitos son Dinamarca, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Suecia y el Reino Unido,⁸⁸ mientras muchos otros países carecen de criterios explícitos.⁹⁴ Un elemento común de todos los criterios propuestos es que puede considerarse que derivan principalmente de dos pares de objetivos de los sistemas de salud: mejorar la salud de la población y el

acceso a los servicios, y distribuir la salud y los servicios de salud de una manera justa. En la bibliografía académica se han propuesto también varios conjuntos de criterios pertinentes o que podrían ser pertinentes^{70, 98-100} y hay varias iniciativas internacionales relacionadas con los criterios para la selección de servicios.¹⁹ Un criterio que se recalca a menudo es la costo-efectividad.

Asignación de prioridad a los servicios costo-efectivos

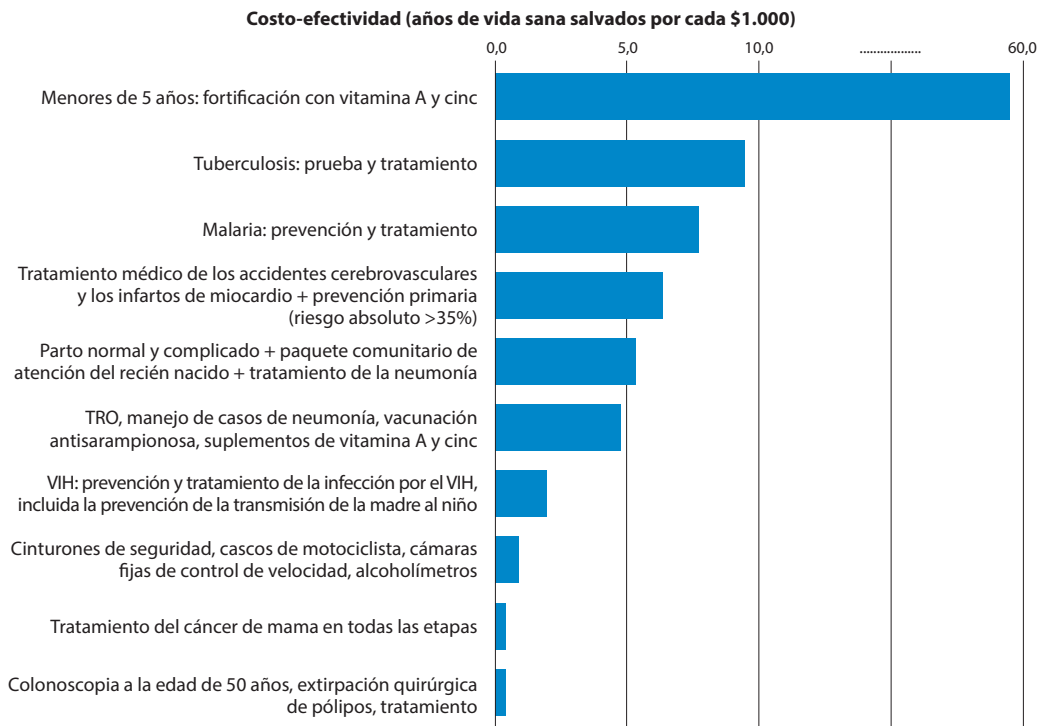
Un objetivo primordial de los sistemas de salud es mejorar la salud de la población. El criterio de la costo-efectividad consiste en mejorar la salud en la mayor medida de lo posible. El uso de la costo-efectividad como consideración orientadora central se describió en el capítulo 2. En el contexto de los sistemas de salud, la norma es definir la efectividad de un servicio en términos del total de la mejora de la salud de la población. Sin embargo, como se podrían requerir recursos muy diferentes para ofrecer distintos servicios, la efectividad por sí sola no es una manera sensata de seleccionar los servicios. Es mejor considerar la costo-efectividad donde los beneficios son normalizados sobre la base de sus costos. La asignación de prioridad a los servicios según su costo-efectividad es generalmente la manera de proporcionar la mayor cantidad posible de beneficios para la salud con un presupuesto dado. Un sistema más eficiente puede satisfacer más necesidades de salud por cada dólar gastado, lo cual es una preocupación de índole ética y no simplemente un concepto económico. En consecuencia, el énfasis en la costo-efectividad no tiene que estar motivado necesariamente por una reducción general de costos, y este énfasis ni siquiera tiene que implicar una reducción de costos, sino que puede estar motivado exclusivamente por la meta de mejorar la salud de la población.

Para usar un criterio de costo-efectividad, es necesario cuantificar los beneficios para la salud.ⁱ Una medida común es el número de vidas salvadas. Sin embargo, en realidad nunca se puede salvar la vida de alguien porque la persona morirá inevitablemente más adelante. Lo que importa es cuánto se puede prolongar la vida de la persona. Por consiguiente, una cuantificación mejor de los beneficios es el número de años de vida salvados. Esto todavía plantea el problema de que no tiene en cuenta en absoluto la calidad de estos años de vida ni los servicios que mejoran la vida sin prolongarla. En consecuencia, muchos expertos en economía de la salud y ética apoyan un método que consiste en contar años de vida ponderados por la calidad de esos años. Por ejemplo, si un servicio proporciona un año más de vida con plena salud, se dice que produce el mismo número de años de vida sana que un servicio que mejora dos años de vida de calidad media elevándola a una vida de calidad plena. Los años de vida sana salvados como medida de la efectividad están estrechamente relacionados con otros dos métodos de cuantificación muy usados: los años de vida ajustados en función de la calidad (AVAC) salvados y los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) evitados.^{101, 102}

Los años de vida sana no son una medida perfecta de los beneficios para la salud, pero no obstante pueden ser muy útiles para la comparación de todos los tipos de servicios de salud. Por otro lado, la diferencia entre los servicios de salud a menudo es tan grande que incluso una medida imperfecta es sumamente valiosa.^{103, 104} Eso se observa en los datos de WHO-CHOICE de la figura 3.2, que contiene una selección de servicios orientados a

ⁱ A veces es preferible no limitarse a los beneficios para la salud. El tipo de análisis resultante podría denominarse análisis ampliado de costo-efectividad o, cuando se monetizan los beneficios, análisis de costo-beneficio.

Figura 3.2. Costo-efectividad de los servicios orientados a enfermedades que representan una carga elevada



Estimaciones de WHO-CHOICE. \$: dólares internacionales de Estados Unidos para el año 2005. Nótese que el eje de las abscisas está comprimido.

trastornos que representan una carga elevada. Tal como se muestra en esa figura, según los cálculos de la OMS, algunas intervenciones son extremadamente costo-efectivas. La fortificación de alimentos con vitamina A y cinc puede evitar la pérdida de casi 60 años de vida sana por cada \$1.000 gastados. Si se gastara la misma cantidad en diálisis (que no se muestra en el gráfico porque la diálisis todavía no se ha incluido en el análisis de WHO-CHOICE), se salvarían solamente 0,02 años de vida sana, con lo cual se perdería 99,97% del beneficio para la salud que podría haberse producido.¹⁰⁵ Por lo tanto, es sumamente importante tener en cuenta la costo-efectividad. Otros servicios indicados en la figura 3.2 también son sumamente costo-efectivos, como la prueba y el tratamiento para la tuberculosis, la prevención y el tratamiento de la malaria, y la prevención primaria (para las personas de muy alto riesgo) y el tratamiento de los infartos de miocardio y los accidentes cerebrovasculares.

Ahora hay muchos más datos sobre la costo-efectividad; por ejemplo, por medio del proyecto WHO-CHOICE, el proyecto de Prioridades para el Control de Enfermedades e iniciativas en países de ingresos altos tales como el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia de la Atención en el Reino Unido.^{103, 104, 106}

En el marco de muchas iniciativas nacionales e internacionales se ha indicado que los servicios de salud deben priorizarse principalmente sobre la base de la costo-efectividad. Entre esas iniciativas internacionales se encuentran la Comisión sobre Macroeconomía y Salud del 2001¹⁹ y el Grupo de Estudio del 2009 sobre Financiamiento Internacional Innovador para Sistemas de Salud.¹⁰⁷ Muchos economistas y éticistas también apoyan

el énfasis en la costo-efectividad y les parece poco ético pasar por alto los costos de oportunidad y la magnitud de los beneficios para la salud.^{89, 91, 108} Si un sistema de salud cubre servicios que no son eficaces en función de los costos mientras que hay gente muriéndose de enfermedades que pueden ser tratadas eficazmente y a un costo bajo, eso sería injusto en la mayoría de los casos.

En la práctica, la generación y el uso de datos sobre la costo-efectividad podrían presentar dificultades. Sin embargo, ahora hay más datos de ese tipo,^{103, 104} así como varias directrices prácticas y herramientas.^{92, 103} Por otro lado, incluso una aplicación imperfecta del criterio de costo-efectividad, combinado con otros criterios pertinentes, probablemente sea mejor que pasarlo por alto por completo, como se desprende de las enormes diferencias entre los servicios en lo que respecta a su costo-efectividad.

Asignación de prioridad a los servicios que benefician a las personas que se encuentran en peor situación

Tener en cuenta exclusivamente la costo-efectividad en general es indefendible. El análisis estándar de la costo-efectividad se refiere únicamente al número total de años de vida sana. Por lo tanto, este análisis cuenta cada año adicional de vida sana como igualmente importante, sin tener en cuenta si quien recibe el beneficio es una persona en muy mal estado de salud o a alguien con solo un menoscabo pequeño de su estado de salud. La justicia, sin embargo, indica que ofrecer una mejora de la salud de una magnitud fija a alguien que gozaría de menos salud sin esa mejora tiene prioridad respecto de ofrecer tal mejora de la salud a alguien que gozaría de más salud. En otras palabras, la justicia recomienda asignar prioridad a los servicios que benefician a las personas que están en peor situación.

Las encuestas indican que la idea de que se debe dar prioridad a aquellos que se encuentran en peor situación es ampliamente compartida en las distintas sociedades.¹⁰⁹⁻¹¹² Dar prioridad a las personas que están en peor situación, como un criterio entre otros, también está firmemente fundamentado en la teoría de la distribución justa.^{5, 71, 79-81, 113} En cuanto a la política, la asignación de prioridad a aquellos que están en peor situación, lo cual suele estar relacionado con los conceptos de “necesidad”, “gravedad” o “urgencia”, también ocupa un lugar destacado en muchas directrices nacionales sobre el establecimiento de prioridades, como las de los Países Bajos, Noruega y Suecia.^{88, 114}

Aunque no es solo la salud lo que importa, aquellos que están en peor situación en cuanto a la salud generalmente constituyen un problema central para la política sanitaria. Las personas que se encuentran en peor situación en cuanto a la salud son también un punto de partida natural, ya que los datos disponibles permiten describirlas de una manera razonablemente precisa. Al centrarse en la salud, sin embargo, es importante centrarse no solo en aquellos que *actualmente* están en peor estado de salud. En efecto, hay buenas razones para comenzar con aquellos que están en peor situación *durante toda su vida*. Hay apoyo empírico y teórico a la idea de centrarse en aquellos que están en peor situación entendidos de esa forma, en vez de aquellos que están en peor situación aquí y ahora o aquellos que están en peor situación solo prospectivamente.^{81, 86, 111, 112} Consideremos, por ejemplo, los dos servicios siguientes. Un servicio mejora un poco la vista de un adulto que perdió la vista a una edad temprana. Otro servicio cura la reducción moderada de la movilidad de otro adulto que, fuera

de ese problema, goza de buena salud durante una vida de duración normal. Supongamos que los servicios son igualmente costosos y redundan en el mismo beneficio para la salud pero que, sin el servicio, el adulto ciego goza de menos salud durante toda su vida que la persona con movilidad reducida. Si los demás factores permanecen invariables, parecería injusto que el servicio para el adulto ciego no fuese accesible a un costo asequible antes que el servicio para el adulto con movilidad reducida.

Para facilitar la selección de servicios, podría ser útil cuantificar las personas que se encuentran en peor situación durante toda su vida. Una posibilidad consiste en especificar que las personas que están en peor situación son aquellas con la mayor carga de enfermedad individual. Más específicamente, las personas que están en peor situación pueden definirse como aquellas que tienen la mayor carga de enfermedad individual durante toda su vida sin el servicio de salud en cuestión. A diferencia de la carga de enfermedad nacional, la carga de enfermedad individual no es la suma de la carga de todas las personas, de modo que puede suministrar información directa acerca de la carga para cada persona. Hay varias maneras de calcular la carga de enfermedad individual, y una se describe en el recuadro 3.1. La figura que está en ese recuadro también indica la carga de enfermedad individual correspondiente a diversos trastornos.

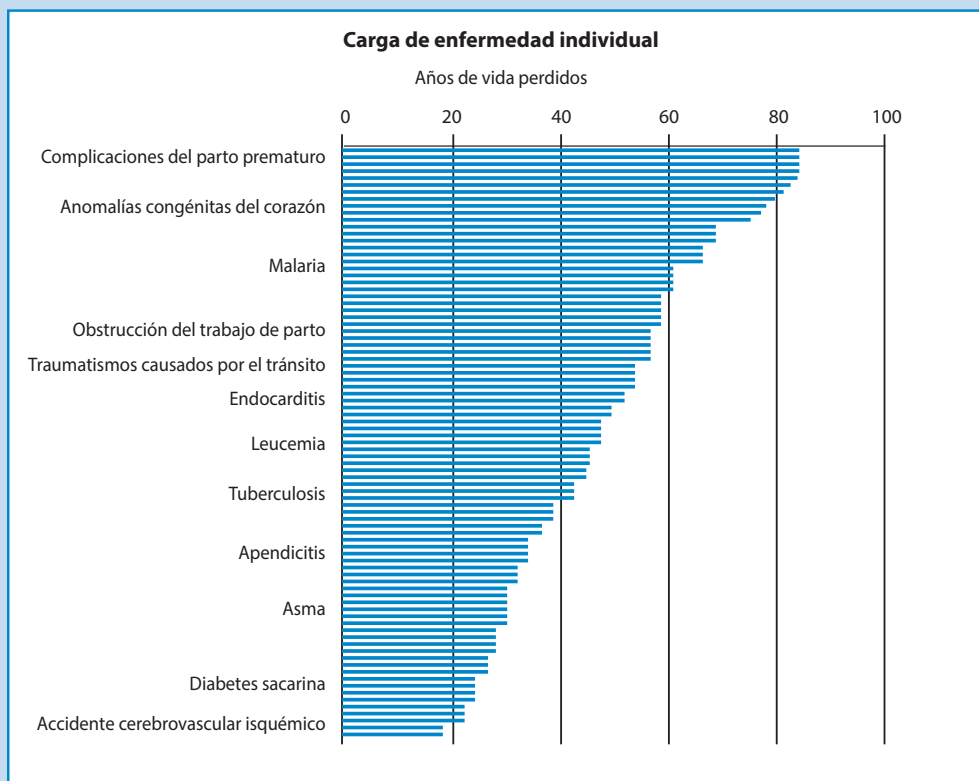
Como se ve en el recuadro 3.1, la carga de enfermedad individual asociada a diferentes trastornos varía sustancialmente. Las personas que están a punto de morir de un trastorno asociado a una carga de enfermedad individual muy grande, como las anomalías congénitas del corazón y la malaria, están generalmente en peor situación (en cuanto al número de años de vida sana que gozaron durante su vida) que las personas que están a punto de morir de trastornos asociados a una carga de enfermedad individual más pequeña, como el accidente cerebrovascular isquémico. De manera análoga, las personas que están a punto de morir de un accidente cerebrovascular isquémico están generalmente en peor situación que las personas con trastornos asociados a una carga más pequeña. Por lo tanto, la asignación de prioridad a los servicios que benefician a aquellos que se encuentran en peor situación refleja la idea muy difundida de justicia. Según esta idea, un año de vida sana que beneficia a alguien que de otro modo tendría pocos años de vida sana durante toda su vida tiene más peso que un año de vida sana que beneficia a alguien que tendría muchos. La magnitud de la ponderación debe determinarse en cada país, y algunos introducen reservas en la regla general al exceptuar a los niños muy pequeños.^{99, 115} En todo caso, las estimaciones medias de los trastornos, incluidas las estimaciones de la carga de enfermedad individual del recuadro 3.1, son fundamentalmente pertinentes a nivel de programa de salud, en contraposición al nivel individual.

También podría ser pertinente considerar a las personas que se encuentran en peor situación desde un punto de vista que no sea la salud. En particular, los sistemas de salud podrían considerar la posibilidad de asignar prioridad especial a los servicios dirigidos a trastornos que afectan desproporcionadamente a los pobres. Eso es, de hecho, el componente central de una de las dos "vías progresivas" propuestas por la Comisión Lancet sobre Inversiones en Salud.²¹ Un criterio que asigna prioridad a los servicios que benefician a las personas que están en peor situación, entendidas en un sentido amplio, puede dar cabida a un enfoque de ese tipo. Otra estrategia consiste en seleccionar servicios principalmente sobre la base de criterios centrados en la salud y después asignar prioridad a los pobres al ampliar la cobertura de estos servicios. Se

Recuadro 3.1. Cálculo de la carga de enfermedad individual

La carga de enfermedad individual puede estimarse de varias maneras. En la figura siguiente, la estimación se simplifica al considerar solo los años de vida perdidos, no los años de vida sana perdidos. Se usan los datos de mortalidad para África subsahariana oriental obtenidos con el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad del 2010.¹⁰¹ El número total de años de vida perdidos debido a cierta enfermedad en la región se divide por el número de defunciones por esa enfermedad. Por lo tanto, los años de vida perdidos representan los años de vida perdidos en promedio por las personas que mueren de esa enfermedad. En consecuencia, la edad en que se produce la defunción es la base de la estimación de la carga de enfermedad individual. La estimación de los años de vida perdidos en el Estudio de la Carga Mundial de Enfermedad del 2010 se basa en una tabla de vida de referencia con una esperanza de vida al nacer de 86 años. Para los análisis de países, podrían usarse las tablas de vida nacionales.

Clasificación de trastornos según la carga de enfermedad individual



Todos los trastornos que constan en la figura están asociados a una gran carga de enfermedad individual. No se muestran varios trastornos con una carga mucho más pequeña.

pueden combinar elementos de ambas estrategias, y la cuestión de a quiénes asignar prioridad al ampliar la cobertura se examina más a fondo en el capítulo 4.

Asignación de prioridad a los servicios cuya cobertura ofrece una protección sustancial contra riesgos financieros

La protección contra riesgos financieros es una justificación fundamental para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Como se señala en el capítulo 5, los pagos directos

de bolsillo de gran cuantía por servicios de salud pueden causar grandes dificultades económicas a un paciente y su familia, y en muchos países la proporción del costo del servicio de salud que el paciente paga de su bolsillo es muy alto. La reducción general de los pagos de bolsillo es, por consiguiente, fundamental para el progreso hacia la cobertura universal de salud. Sin embargo, la protección contra riesgos financieros también puede ser pertinente para la selección de servicios. En consecuencia, se podría aplicar un criterio que indique que un servicio debe tener prioridad en la medida en que su cobertura ofrezca una protección sustancial contra riesgos financieros.ⁱⁱ

La ampliación de la cobertura de un servicio dado puede conferir protección contra riesgos financieros de manera directa e indirecta. En el primer caso, la cobertura protege contra las cargas financieras vinculadas al pago del servicio en cuestión. En el segundo, la cobertura protege contra cargas financieras mayores que van más allá del servicio en cuestión. Estas cargas incluyen la pérdida de ingresos como consecuencia de la incapacidad para trabajar y otros gastos médicos futuros.

Varios factores aumentan la protección directa asociada a la cobertura de un servicio particular. Entre ellos cabe señalar el costo elevado y los pagos de bolsillo, la poca previsibilidad de la necesidad, la urgencia pronunciada y la gravedad del trastorno cubierto, y la incidencia elevada del trastorno cubierto en los pobres.^{62, 116-118}

En estas circunstancias, es evidente que el costo puede desempeñar un papel complejo en la selección de servicios. En muchos casos, la cobertura de un servicio de alto costo puede reducir las dificultades financieras directas más que la cobertura de un servicio de bajo costo. Al mismo tiempo, si los demás factores permanecen invariables, el costo elevado implicará una razón de costo-efectividad más elevada con respecto a los beneficios para la salud. En consecuencia, podría haber un conflicto entre la costo-efectividad y la protección directa contra riesgos financieros. Sin embargo, no es necesario que eso ocurra. Especialmente en los entornos de escasos recursos, incluso los pagos de bolsillo relacionados con servicios de bajo costo podrían ser una causa importante de dificultades y catástrofes financieras. En tales entornos, la ampliación de la cobertura de servicios de bajo costo en realidad podría ser la manera más eficiente de adquirir una protección directa contra riesgos financieros.²¹

Se ha señalado que, en el caso de dos servicios con razones de costo-efectividad idénticas, normalmente habría que cubrir primero el servicio más costoso, porque este enfoque ofrece un mayor grado de protección directa contra riesgos financieros.^{116, 117} Sin embargo, eso debe equilibrarse con la protección agregada contra riesgos financieros que podría obtenerse con la cobertura de un número mayor de servicios menos costosos. Por otro lado, cuando las razones de costo-efectividad son diferentes, los beneficios financieros directos deben sopesarse cuidadosamente con los beneficios para la salud.

En el recuadro 3.2 se describen algunas concesiones de ese tipo y la forma en que pueden abordarse. El análisis que se presenta en el recuadro también incluye una forma de protección indirecta contra riesgos financieros, a saber, la protección contra

ⁱⁱ Los modelos económicos muestran que, si nadie compra servicios complementarios que exceden de un paquete obligatorio de servicios o si hay un seguro complementario que funciona bien, la selección de servicios basada en razones estándares de costo-efectividad tendería a maximizar el bienestar previsto.¹¹⁶ Sin embargo, en los países de bajos y medianos ingresos, los pagos de bolsillo por servicios complementarios son elevados y no hay un seguro de ese tipo que funcione bien. En esos casos, la protección contra riesgos financieros podría revestir más importancia en la selección de servicios.

Recuadro 3.2. Concesiones entre los beneficios para la salud y los beneficios financieros

La figura que se presenta a continuación muestra los resultados de un análisis de nueve servicios: qué cantidad de cada tipo de beneficio se produciría si gastáramos \$100.000 en cada servicio enumerado. Un servicio redunda en un beneficio mayor para la salud cuanto más a la derecha esté y en una protección financiera mayor cuanto más arriba esté. Los resultados demuestran que el objetivo de evitar muertes y el objetivo de evitar la pobreza podrían ser contradictorios.ⁱⁱⁱ Por ejemplo, con la vacuna antineumocócica se evitan más de 300 muertes por cada \$100.000 gastados pero se evitan pocos casos de pobreza. Por el contrario, el tratamiento de la hipertensión evita menos muertes pero muchos más casos de pobreza.

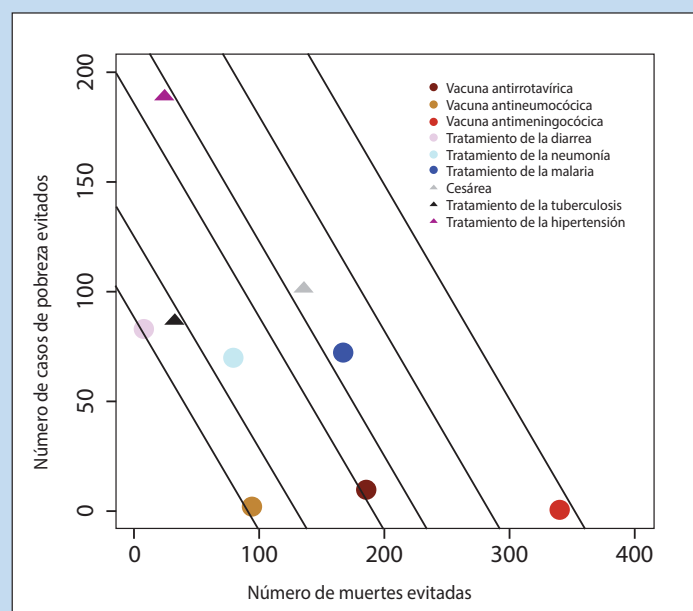
Beneficios para la salud y protección contra riesgos financieros por cada \$100.000 gastados

Figura adaptada de Jamison et al. 2013.²¹ Curvas de indiferencia agregadas.

Es posible que las autoridades no se pongan de acuerdo sobre una relación apropiada entre las vidas salvadas y los casos de pobreza evitados, pero es fácil imaginar curvas diagonales en el diagrama que conecten puntos que sean igualmente buenos en general (conocidas como “curvas de indiferencia” en economía). Para una persona, es posible que sea peor morir que empobrecerse, lo cual indica que las curvas deberían ser por lo menos tan pronunciadas como las que se muestran en la figura.

pagos directos de bolsillo de gran cuantía por ciertos servicios futuros como consecuencia de la reducción del riesgo de que se necesiten esos servicios.

Aunque la protección contra riesgos financieros es muy importante, hay que tener cuidado de no dar demasiado peso a la protección directa contra riesgos financieros al seleccionar servicios, principalmente porque este enfoque puede implicar grandes sacrificios en cuanto a los beneficios para la salud. Eso es desafortunado debido al valor intrínseco de los beneficios para la salud, pero también puede ser desafortunado desde la perspectiva de la protección contra riesgos financieros. Una razón es

ⁱⁱⁱ En el estudio no se notifican los años de vida sana salvados, sino solo las muertes evitadas.

que los beneficios para la salud podrían reducir el riesgo de ciertos gastos en salud en el futuro. Además, los beneficios para la salud pueden proporcionar protección contra riesgos financieros al mejorar la productividad y el potencial para obtener ingresos.^{19, 21}

En estas circunstancias, algunos servicios son tan costosos que probablemente no deban incluirse entre los servicios de prioridad alta en entornos de escasos recursos. A título de ejemplo, consideremos algunos tratamientos muy costosos con beneficios marginales para la salud para pacientes con ciertos tipos de cáncer avanzado.¹¹⁹⁻¹²³ Aunque la cobertura de estos servicios ofrezca una protección directa considerable contra riesgos financieros para el paciente y su familia, los recursos gastados podrían, en algunos contextos, salvar en cambio entre 100 y 300 veces más años de vida sana si se gastaran en el tratamiento de la neumonía o en el control de la tuberculosis. Estos beneficios para la salud también pueden ofrecer una protección considerable contra riesgos financieros más adelante. Por consiguiente, al seleccionar servicios, hay que buscar un equilibrio entre todas estas preocupaciones en pugna. Actualmente se están creando herramientas para facilitar esta tarea.^{124, 125}

La protección contra riesgos financieros, independientemente de la función que pueda tener en la *selección de servicios*, desempeña un papel crucial como motivación para alcanzar la meta de la cobertura universal de salud y la *transición general* del pago directo de bolsillo al prepago obligatorio. Ese papel y esta transición general se examinan más a fondo en el capítulo 5.

Criterios adicionales

Hay otros criterios para el establecimiento de prioridades que podrían ser pertinentes.⁹⁹ Muchos se superponen con los criterios ya descritos y algunos incluso podrían formar parte de ellos. La calidad de los servicios, por ejemplo, es un motivo de preocupación fundamental en la búsqueda de la cobertura universal de salud y es posible que no se refleje plenamente en las estimaciones de la costo-efectividad. En ese sentido, quizá se necesite otro criterio relacionado con la calidad. Asimismo, podría necesitarse un criterio relacionado con el peso de la evidencia si los demás criterios no toman suficientemente en cuenta esa preocupación.

Partiendo de una declaración de consenso formulada por un grupo de eticistas y economistas, podrían *considerarse* al menos diez criterios para el establecimiento de prioridades junto con la costo-efectividad.¹⁰⁸ Varios de estos criterios se refieren a la justicia y la equidad y se superponen con criterios o preocupaciones que se abordan en capítulos posteriores. Los criterios pueden o no ser pertinentes para decisiones específicas acerca de los servicios. Por otro lado, la utilización de algunos de ellos en la práctica es polémica y la mayoría de los eticistas cuestionaría alguno de ellos.

Los criterios adicionales propuestos se clasifican en tres categorías: *a)* criterios relacionados con enfermedades y servicios; *b)* criterios relacionados con características de grupos sociales; y *c)* criterios relacionados con la protección contra los efectos financieros y sociales de la mala salud y los tratamientos costosos. Los criterios figuran en la lista del recuadro 3.3.

Recuadro 3.3. Criterios adicionales que podrían o no ser pertinentes

Criterios relacionados con enfermedades y servicios: Criterios relacionados con
• la gravedad de las enfermedades (brecha en la salud actual y futura);
• la realización del potencial;
• la pérdida de salud pasada.
Criterios relacionados con características de los grupos sociales: Criterios relacionados con
• la situación socioeconómica;
• el lugar de residencia;
• el sexo;
• la raza, la etnicidad, la religión y la orientación sexual.
Criterios relacionados con la protección contra los efectos financieros y sociales de la mala salud y los tratamientos costosos: Criterios relacionados con
• la productividad económica;
• el cuidado de otros;
• gastos catastróficos en salud.
Basado en Norheim et al. 2014. ¹⁰⁸

Es también importante tener presente que ciertas preocupaciones no son fáciles de cuantificar o de incluir en marcos estándares. Entre ellas cabe señalar las relacionadas con la violencia doméstica contra la mujer, los cuidados paliativos y terminales, la atención social, la infertilidad y el aborto.

Combinación de criterios

En términos generales, deben considerarse por lo menos tres criterios en la selección de servicios. Estos criterios están relacionados con la costo-efectividad, la prioridad de las personas que están en peor situación y la protección contra riesgos financieros.

Los encargados de adoptar decisiones pueden usar diferentes estrategias para abordar un conjunto de criterios. Como la mejora de la salud es una finalidad primordial del sistema de salud alternativo, una estrategia útil consiste en comenzar con datos sobre la costo-efectividad para clasificar servicios aproximadamente según la prioridad y luego hacer ajustes basados en criterios adicionales. La figura 3.3 muestra una manera esquemática de hacerlo. En esta figura, el costo de un año de vida sana se describe en

Figura 3.3. Marco para la integración de la costo-efectividad con otros criterios al seleccionar servicios



Costo por año de vida sana como múltiplo del PIB per cápita

forma de fracciones o múltiplos del producto interno bruto (PIB) per cápita. Aunque es posible que los umbrales vinculados a distintas clases según la prioridad varíen un tanto con el PIB per cápita, eso no significa que haya un porcentaje fijo del PIB que sea pertinente para todos los países. Lo que es más importante, los valores de corte exactos entre clases en la figura se usan a título de ejemplo solamente y deben ser determinados por cada país.^{iv}

A fin de determinar qué servicios ampliar primero en este marco, un país primero genera una lista de los servicios que se están considerando. Después, cada servicio puede colocarse en esta escala según las estimaciones regionales o nacionales de la costo-efectividad. Los servicios asociados a un solo color se colocan de inmediato en la clase pertinente según la prioridad. Cada servicio ubicado en los intervalos superpuestos debe ser objeto de una evaluación más pormenorizada de acuerdo con otros criterios pertinentes; por ejemplo, los criterios relacionados con la prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación y con la protección contra riesgos financieros. Si el servicio se encuadra claramente en los criterios adicionales, debe colocarse en la clase de prioridad más alta en cuestión. Si el servicio no se encuadra claramente en esos criterios, debe colocarse en la clase de prioridad más baja en cuestión. También hay que tener en cuenta la ubicación exacta de un servicio en los intervalos superpuestos. Cuanto más cerca esté del extremo de la costo-efectividad de esa región, menos se necesitará otra razón. En el recuadro 3.4 se presenta un ejemplo práctico de la forma en que puede usarse este marco.

En algunos casos, con la aplicación de los criterios pertinentes, aunque hayan sido especificados correctamente por el país, no se asignarán inequívocamente todos los servicios en cuestión a una sola clase según la prioridad. Para los servicios situados en el límite entre dos clases, un órgano decisorio apropiado podría tomar la decisión final basándose en una evaluación general más meticulosa. Podría tratarse de un comité permanente para el establecimiento de prioridades, con la función de decidir sobre los casos dudosos difíciles, como se muestra en la figura 3.4. En algunos países ya se han establecido comités de ese tipo, que se examinan más a fondo en el capítulo 7.

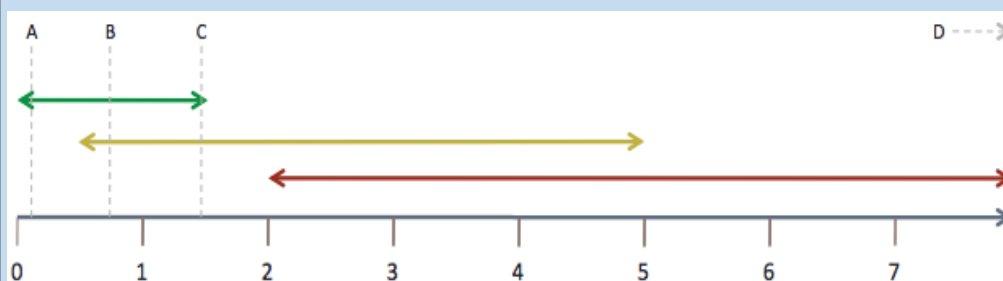
El sistema de salud primero debería ampliar la cobertura del servicio clasificado en la prioridad más alta. Si hay que elegir entre dos o más servicios con la misma prioridad, se puede usar un procedimiento similar para elegir entre ellos. Al mismo tiempo, la selección de servicios debe encararse como un proceso dinámico y continuo. Las enfermedades prevalentes y la cobertura de los servicios cambian continuamente, igual que, por ejemplo, las estimaciones de los costos y la efectividad. Por consiguiente, a fin de mejorar el proceso de selección de servicios, los países deberían crear y fortalecer instituciones que puedan generar y usar tal información.

Es importante señalar que el procedimiento aquí descrito es solo un marco general para integrar la costo-efectividad con otros criterios. El uso de este marco representa una mejora por lo menos en comparación con una selección no sistemática de servicios. El marco también puede dar cabida a métodos para sopesar criterios parti-

^{iv} La pertinencia del contexto es aún más evidente cuando los umbrales de la costo-efectividad se aplican de manera más directa a la decisión de cubrir o no un servicio.^{126, 127}

Recuadro 3.4. Aplicación del marco a casos hipotéticos en Kenya

Se puede mostrar el uso práctico del marco aplicándolo a casos hipotéticos en Kenya. Usando datos regionales de la costo-efectividad y datos nacionales sobre los ingresos, se colocaron cuatro servicios (A, B, C, D) en la escala*.



Costo por año de vida sana como múltiplo del PIB per cápita

Si los valores límite a lo largo de la escala fueran los pertinentes, el encargado de las decisiones podría razonar de la siguiente manera:

A: Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis

Como cuesta menos de 10% del PIB per cápita por cada año de vida sana, se encuadra claramente en la categoría verde y, por lo tanto, es un servicio de prioridad alta.

B: Reglamentación de la seguridad del tránsito

A un costo de 80% del PIB per cápita por año de vida sana, se encuadra en la región donde se superponen el verde y el amarillo, de modo que es necesario evaluarlo sobre la base de criterios adicionales. La prioridad de aquellos que se encuentran en peor situación es especialmente pertinente en este caso, ya que los accidentes de tránsito a menudo cobran la vida de personas jóvenes (véase el recuadro 3.1). Por consiguiente, cabría prever que el servicio se colocara en la categoría de prioridad alta.

C: Tratamiento para el asma leve

A un costo de 149% del PIB per cápita por año de vida sana, el tratamiento para el asma leve se encuadra apenas en la región de superposición y tendría que responder extremadamente bien a los otros criterios para que se colocara en la categoría de prioridad alta. Por consiguiente, cabría prever que el servicio se colocara en la categoría de prioridad media.

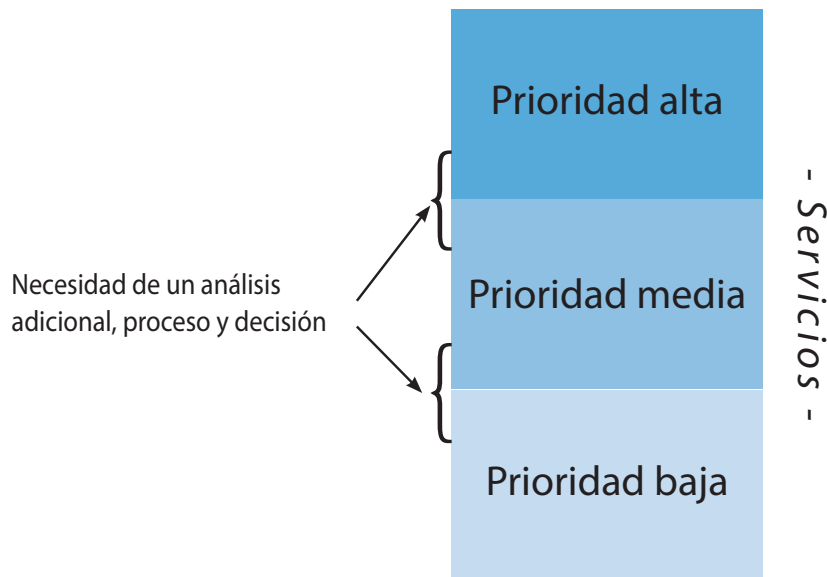
D: Diálisis para la insuficiencia renal

Aunque la cobertura ofrezca una gran protección contra riesgos financieros, la diálisis es demasiado costosa en este entorno, ya que cuesta más de 30 veces el PIB per cápita por año de vida sana. La diálisis, por consiguiente, se coloca en la categoría de prioridad baja. En cambio, con el dinero invertido en diálisis se podrían salvar 300 veces más años de vida sana si se gastara en el control de la tuberculosis.

* Las estimaciones de la costo-efectividad se basan en el proyecto WHO-CHOICE y en un estudio sobre diálisis en Tailandia.^{103, 105}

culares de manera explícita y precisa. Se han elaborado varios métodos de esta clase para integrar la costo-efectividad con otras preocupaciones, entre ellas la justicia.^{67, 128} Uno de ellos, el llamado método de la equidad o de los pesos distributivos, permite, por ejemplo, dar prioridad especial a las personas que están en peor situación. También se están elaborando métodos para incorporar la protección contra riesgos financieros.¹²⁴

Figura 3.4. Posible función de un comité permanente para el establecimiento de prioridades en la selección de servicios



Conclusiones

La selección cuidadosa de los servicios es crucial para avanzar de forma justa y progresiva hacia la cobertura universal de salud. Muchos países seleccionan servicios de manera ad hoc y usando solo criterios implícitos. En cambio, el proceso de ampliación de los servicios debería ser sistemático y basarse en criterios explícitos y bien fundamentados. Los criterios pertinentes están relacionados con los siguientes aspectos:

- la costo-efectividad;
- la prioridad de las personas que se encuentran en peor situación; y
- la protección contra riesgos financieros.

Todos los criterios deben especificarse y equilibrarse de una manera que sea sensible al contexto del país. Con este fin, la rendición de cuentas robusta y la participación pública son esenciales. Estos temas se examinan más a fondo en el capítulo 7.

4

Inclusión de más personas

La meta de la cobertura universal de salud da una orientación clara con respecto al alcance de la cobertura: debe ser universal. Los países deben tratar de reducir todas las barreras a la cobertura, para todos. Si la cobertura no puede extenderse plenamente a todos de inmediato, los países se enfrentan con una decisión crucial: a quiénes incluir primero.

El reto de las brechas en la cobertura

La cobertura de servicios específicos varía sustancialmente entre servicios y entre países, como lo muestran los indicadores de la cobertura que miden cuántas personas reciben un servicio de salud si lo necesitan.ⁱ Con la cobertura entendida de este modo, hay numerosos ejemplos de cobertura que dista mucho de ser universal, incluso en lo que se refiere a servicios de prioridad alta. Por ejemplo, en Etiopía, la proporción de menores de 5 años con diarrea que reciben al menos terapia de rehidratación oral o la recomendación de que ingieran más líquidos es de cerca de 30%, la proporción de menores de 5 años con neumonía presunta que son llevados a un proveedor de atención apropiado está por debajo de 10% y la proporción de nacidos vivos asistidos por personal de salud capacitado es de 10%.¹³⁰ En la figura 4.1 se muestran las tasas de cobertura de dos servicios clave en cinco países.

Además del nivel general de cobertura, la distribución es importante. Se ha documentado ampliamente que diferentes grupos de la sociedad tienen probabilidades desiguales de recibir un servicio de salud dado si lo necesitan.¹³² Más específicamente, eso suele ocurrir con grupos clasificados según la situación socioeconómica (ingresos, riqueza, ocupación, educación), el sexo, el lugar de residencia, el estado de salud y, a veces, la etnicidad, la raza, la religión y la orientación sexual.

Con respecto a la situación socioeconómica, la atención del parto por personal capacitado en Etiopía proporciona un ejemplo claro de un gradiente social. En el quintil de riqueza más bajo, 1,7% de todos los partos cuentan con la presencia de un proveedor de servicios capacitado, a diferencia de 45,6% en el quintil de riqueza más alto.¹³⁰ Esta desigualdad es un ejemplo de la inequidad horizontal, que se abordó en el capítulo 2. En la figura 4.2 se muestran las desigualdades en las tasas de cobertura, entre quintiles de riqueza, correspondientes a dos servicios clave en Etiopía, India y Colombia. En la

ⁱ Estas mediciones son útiles a pesar de que no reflejan plenamente la medida en que los servicios son económicamente asequibles. Estos indicadores, denominados a menudo "tasas de utilización", no hacen una distinción entre las personas que tienen acceso sin grandes pagos de bolsillo y las personas que tienen acceso a pesar de tener que hacer pagos de ese tipo.¹²⁹

figura se observa que Etiopía tiene en general las desigualdades más pronunciadas, en tanto que Colombia presenta las desigualdades menos pronunciadas. En el contexto de las enfermedades no transmisibles también se encuentran gradientes sociales en la atención de salud eficaz y los resultados en materia de salud.¹³³

Figura 4.1. Tasas de cobertura de dos servicios clave en cinco países^{ii, iii}

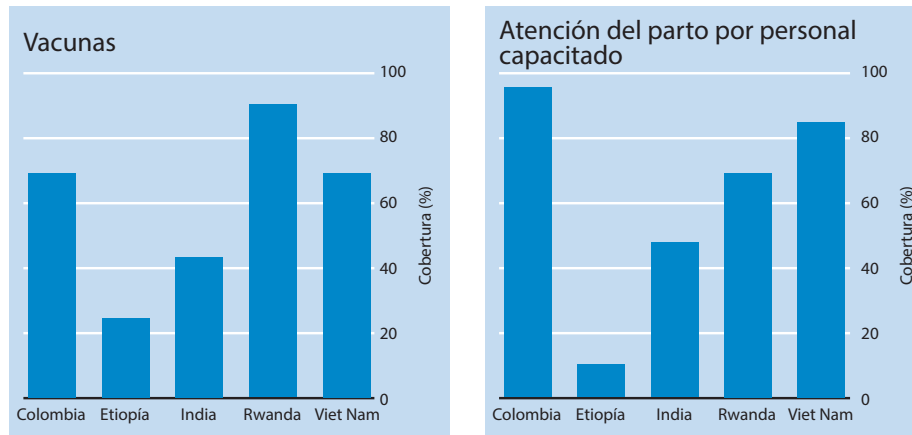
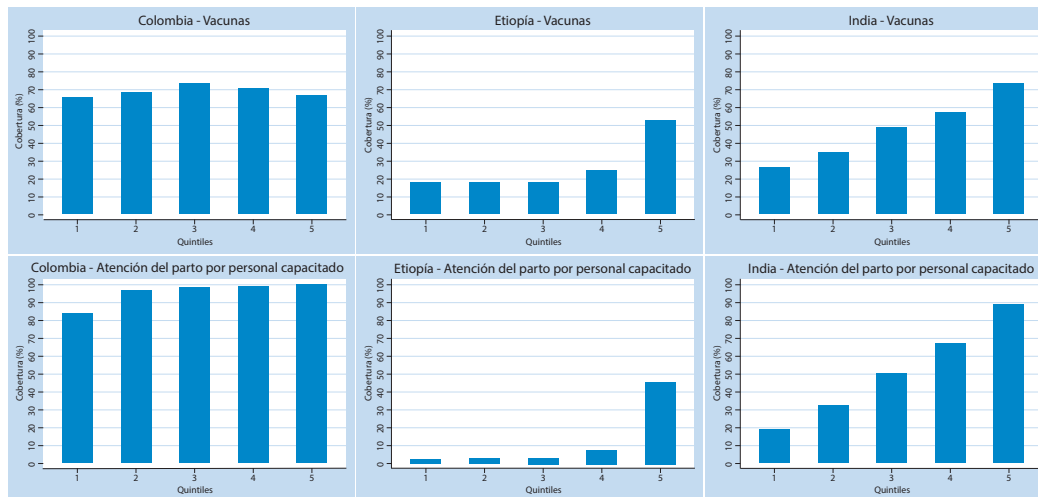


Figura 4.2. Desigualdades socioeconómicas en las tasas de cobertura en tres países^{iv}



En muchos países también hay diferencias geográficas marcadas, tanto entre regiones como entre el medio urbano y el rural. En la figura 4.3 se muestran las desigualdades en las tasas de cobertura entre el medio urbano y el medio rural en lo que se refiere a la atención del parto por personal capacitado en Colombia, Etiopía y la India. Nuevamente, la atención del parto por personal capacitado en Etiopía proporciona un ejemplo claro de la desigualdad geográfica. En la población urbana, 50,8% de los partos cuentan con la presencia de un proveedor de servicios capacitado, mientras que en la población rural la proporción es de 4,0%.¹³⁰

ⁱⁱ La cobertura de la atención del parto por personal capacitado es la proporción de mujeres que dicen que fueron atendidas por un profesional de salud durante el parto. La cobertura de vacunación es la proporción de niños de 12 a 23 meses que, en el momento en que se hizo la encuesta, habían recibido las siguientes vacunas: tres dosis de vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), tres dosis de vacuna antipoliomielítica, la BCG y la vacuna contra el sarampión.

ⁱⁱⁱ Los datos sobre Colombia, India, Rwanda y Viet Nam son del Banco Mundial,¹³¹ mientras que los datos sobre Etiopía provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (EDHS) 2011.¹³⁰

^{iv} Los datos sobre la India y Colombia son del Banco Mundial,¹³¹ mientras que los datos sobre Etiopía provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (EDHS) 2011.¹³⁰

Otra desigualdad problemática es la que se observa entre hombres y mujeres. Los datos sobre la cobertura de hombres y mujeres en los países de ingresos bajos y medianos son escasos. Sin embargo, la figura 4.4 muestra la desigualdad en materia de género en la mortalidad de menores de 5 años en Colombia, Etiopía y las poblaciones rurales y urbanas de la India. Aunque las desigualdades en los resultados en materia de salud dependen en parte de factores que no están relacionados con la cobertura, los países también deben tener en cuenta tales desigualdades al ampliar la cobertura.

Figura 4.3. Desigualdades geográficas en las tasas de cobertura de la atención del parto por personal capacitado en tres países^v

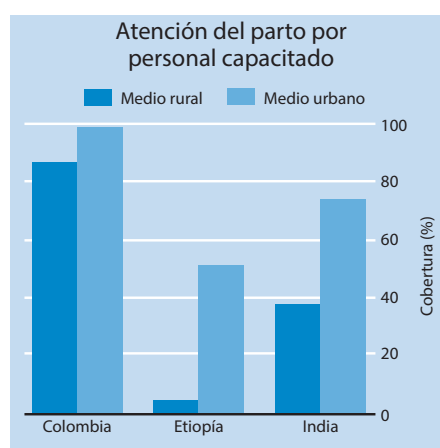
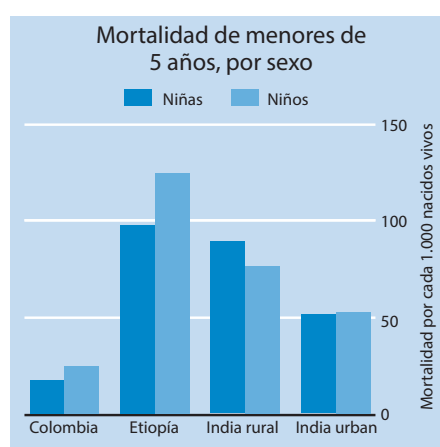


Figura 4.4. Desigualdades en materia de género en la mortalidad de menores de 5 años en tres países^{vi}



La mayoría de las desigualdades descritas, si no todas, representan inequidades de acuerdo con la mayoría de las interpretaciones de la inequidad, como se señala en los capítulos anteriores. Por ejemplo, estas desigualdades se consideran en general

^v Los datos sobre Colombia, India, Rwanda y Viet Nam son del Banco Mundial,¹³¹ mientras que los datos sobre Etiopía provienen de la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía (EDHS) 2011.¹³⁰

^{vi} Tasas de mortalidad calculadas a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud de Colombia 2010,¹³⁴ la Encuesta Demográfica y de Salud de Etiopía 2011¹³⁰ y la Encuesta Demográfica y de Salud de la India 2005–2006.¹³⁵ Mientras que las cifras correspondientes a la India se basan en los cinco años anteriores a la encuesta, las otras cifras se basan en un período de diez años.

inaceptables en el marco del derecho a la salud, especialmente cuando son el resultado de prácticas discriminatorias.¹³⁶

En muchos países también hay numerosos indicios de la “ley de atención inversa”, según la cual “la disponibilidad de buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población atendida”.¹³⁷ Comúnmente se observan esquemas compatibles con esta “ley”, por ejemplo, con respecto a los grupos ya analizados.⁶⁶ La cobertura suele ser más limitada para grupos de bajos ingresos y poblaciones rurales que para grupos de ingresos mayores y poblaciones urbanas, aunque la necesidad de servicios es a menudo mayor entre estos grupos, tal como se infiere de las desigualdades bien documentadas en la mortalidad y morbilidad, entre otras cosas.⁴⁰ En particular, en todos los países, independientemente de su nivel de ingresos, la salud y la enfermedad siguen un gradiente social: cuanto más baja es la posición socioeconómica, peor es la salud. En la mayoría de los casos, el descalce resultante entre la necesidad y la cobertura es doblemente problemático e incompatible con las opiniones generalizadas sobre la justicia y la equidad.¹³⁸

A quiénes incluir primero

Es evidente que la cobertura dista mucho de ser universal en muchos países. Si la cobertura no puede extenderse a todos de inmediato, los países que quieran avanzar hacia la universalidad se enfrentan con una decisión crucial: a quiénes incluir primero. Aquí, “incluir” significa ampliar la cobertura hasta alcanzar un nivel significativo, lo cual presupone normalmente la afiliación formal a un plan de cobertura.

Las consideraciones que se ponen de relieve en los capítulos anteriores y las desigualdades descritas anteriormente proporcionan orientación en ese sentido. En los capítulos 2 y 3 se señaló que una ampliación justa de la cobertura consistía en dar prioridad a aquellos que se encontraban en peor situación, especialmente en el caso de las personas que están en peor situación en cuanto a la cobertura de servicios o a la salud. En consecuencia, en la mayoría de las circunstancias, los países primero deben reducir las barreras a la cobertura para los grupos que estén desfavorecidos en cuanto a la cobertura de servicios o a la salud.

A menudo es difícil identificar estos grupos directamente. Sin embargo, ciertos grupos sociales más fáciles de identificar tienden a tener una cobertura deficiente de servicios, mala salud o ambas. Estos grupos son, por ejemplo, los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales. En el recuadro 4.1 se muestra una lista más extensa de las características sociales que podrían ser pertinentes. Además, el estado de salud y el pronóstico están asociados desde luego a muchas características médicas (entre ellas el diagnóstico y la exposición a factores de riesgo), lo cual se trató en el capítulo 3.

En términos generales, al ampliar la cobertura, los países deberían tratar de reducir las barreras para los grupos de bajos ingresos, las poblaciones rurales y otros grupos pertinentes en la medida en que estén desfavorecidos en cuanto a la cobertura de servicios o la salud, especialmente en lo que se refiere a los servicios de prioridad alta. Al mismo tiempo, hay que equilibrar cuidadosamente las diversas consideraciones relativas a la

Recuadro 4.1. Características sociales que suelen estar asociadas a la cobertura de servicios o a la salud

Hay varias características sociales que suelen estar asociadas a la cobertura de servicios, a la salud o a ambas:

- Ingresos o riqueza
- Educación
- Ocupación
- Etnicidad, raza, origen indígena
- Sexo
- Lugar de residencia
- Situación de refugiado o inmigrante
- Creencias religiosas e ideología política
- Orientación sexual

Esta lista parte de un marco elaborado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en el cual se vinculan los determinantes sociales de la salud y la distribución de la salud⁴⁰.

La relación entre una característica social dada y el hecho de estar en peor situación puede variar según el contexto. Por ejemplo, la relación entre la etnicidad o la raza y las creencias religiosas y políticas, por una parte, y la cobertura sanitaria y la salud, por la otra, a menudo depende del entorno nacional y local. Eso también puede ocurrir con las poblaciones urbanas y rurales. Con otras características, sin embargo, hay pocas diferencias entre contextos. Por ejemplo, el grupo de ingresos que está en peor situación en cuanto a la cobertura de servicios y la salud tiende a ser el grupo de ingresos más bajos.

Las razones por las cuales las características sociales enumeradas causan preocupación van más allá de su función como indicadores de la cobertura de servicios o de la salud. Para empezar, las características podrían ser componentes del bienestar que no están relacionados con la salud o indicadores de tales componentes. Por ejemplo, los grupos de bajos ingresos tienden a estar en peor situación que los grupos de ingresos altos no solo porque los primeros tienen normalmente una cobertura menor de servicios y están en peor estado de salud, sino también porque puede considerarse que los grupos de bajos ingresos están en peor situación simplemente porque tienen ingresos más bajos.¹³⁹ Sin embargo, hay otro motivo para estar preocupados por las características sociales enumeradas que va más allá de su función como indicadores de la cobertura de servicios y la salud. La relación de algunas características con la cobertura de servicios o la salud a menudo indica prácticas sociales problemáticas y vulnerabilidades relacionadas.¹⁴⁰ Por ejemplo, la cobertura deficiente de las mujeres en comparación con los hombres puede reflejar prácticas discriminatorias en el financiamiento y la prestación de servicios de salud.

justicia con la preocupación por la maximización de los beneficios, tema que se abordó en el capítulo 2 y que se examina más a fondo a continuación.

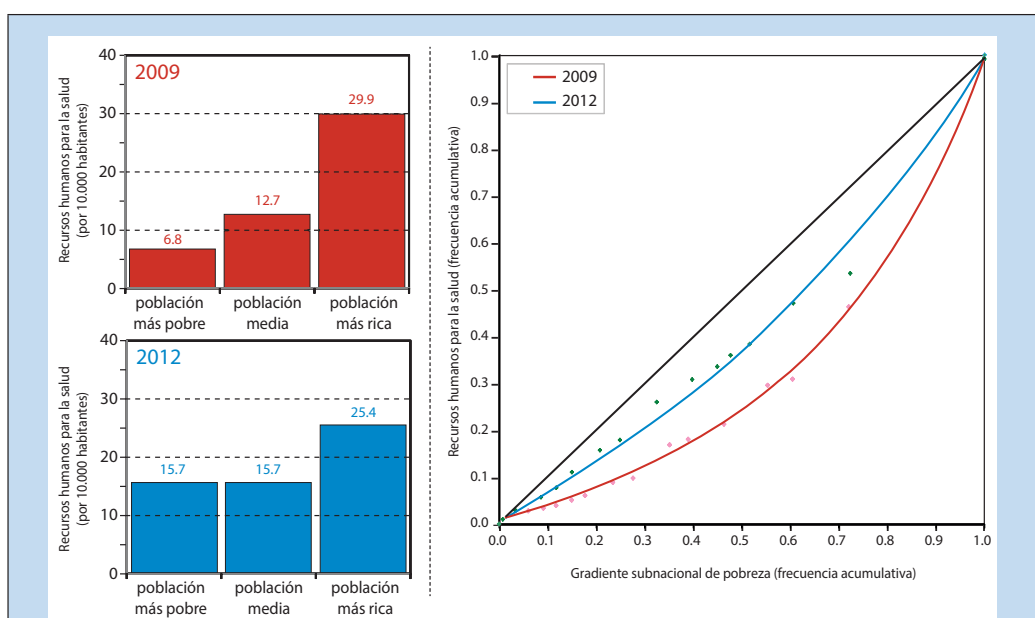
El papel de la focalización

Las consideraciones relativas a la justicia son el motivo de la atención especial que se presta a ciertos grupos al ampliar la cobertura, entre ellos los grupos de bajos ingresos, las poblaciones rurales y otros grupos pertinentes en la medida en que estén desfavorecidos en cuanto a la cobertura de servicios o a la salud. En un nivel fundamental, estos grupos deberían ser un foco de atención en el sentido de que las mejoras que

redundan en beneficios para ellos deberían tener más peso en la formulación de políticas.

Eso podría motivar la focalización en un nivel práctico, si puede hacerse eficazmente. Muchas formas de focalización pueden ser útiles para avanzar hacia la cobertura universal de salud y no se oponen a la meta del universalismo en cuanto a la cobertura general. Sin embargo, lo que constituye una focalización apropiada en la práctica es tema de debates en el sector de la salud, así como en sectores más amplios de la sociedad,^{21, 141-143} y se

Recuadro 4.2. Focalización geográfica de la cobertura universal de salud en El Salvador



En el 2009, el Ministerio de Salud de El Salvador inició una reforma del sector de la salud encaminada a alcanzar progresivamente la cobertura universal con un sistema nacional de salud integrado, basado en los principios y la práctica de la atención primaria. Un componente clave de la reforma fue la creación de Equipos Comunitarios de Salud familiar (ECOSf) para proporcionar atención de salud preventiva y curativa a una jurisdicción territorial integrada por unas 600 familias. El establecimiento de los ECOSf y las inversiones en ellos se guiaron por un proceso de asignación de prioridades en los 262 municipios del país que puso de relieve el grado de extrema pobreza y el tamaño de la población vulnerable y desfavorecida.

Un análisis exploratorio con datos de nivel departamental (es decir, un agregado espacial de municipios) demostró que, tres años después de la ejecución de la estrategia de los ECOSf, la magnitud de las desigualdades sociales en lo que se refiere a los recursos humanos para la salud había disminuido perceptiblemente. Los gráficos de barras indican un cambio positivo en la distribución de los recursos humanos para la salud en los terciles subnacionales de riqueza del 2009 al 2012, es decir, tras la introducción de los ECOSf y la focalización geográfica asociada. Más específicamente, el intervalo de recursos humanos para la salud por 10.000 habitantes entre el 33% más pobre y el 33% más rico de la población del país bajó de 23,2 (es decir, 6,8 menos 29,9) a -9,7 (es decir, 15,7 menos 25,4) durante ese período.

La desigualdad en los recursos humanos para la salud también puede medirse en forma de índice de concentración, como muestran las curvas de concentración. A lo largo del eje de las abscisas están las poblaciones departamentales clasificadas de mayor a menor en términos de prevalencia de la extrema pobreza. El índice de concentración correspondiente disminuyó de 0,36 a 0,17 durante el período de tres años evaluado, lo cual representa una reducción notable de la desigualdad.

Contribuido por el Dr. Óscar J. Mujica y la Dra. Carla Saenz (OPS/OMS).^{145, 146}

trata con mayor frecuencia en el contexto de las políticas en favor de los pobres. Aunque los países deberían, si fuera posible, reducir primero las barreras a la cobertura para los grupos desfavorecidos, la procedencia de un enfoque selectivo con esas características depende del tipo de focalización y del contexto en el cual se aplique.

Los enfoques prácticos de la focalización pueden clasificarse de varias maneras. Las políticas más prometedoras probablemente sean las que están dirigidas a grupos, no a personas. Se puede hacer también una distinción entre los enfoques que identifican al grupo destinatario directamente y aquellos que lo hacen indirectamente; por ejemplo, según el lugar de residencia.¹⁴⁴ En el último caso, la acción inicial para reducir una o más barreras a la cobertura podría concentrarse en una zona geográfica determinada. Un ejemplo de tal enfoque se describe en el recuadro 4.2.

Desde luego, hay otras formas de focalización. Una forma muy diferente de focalización basada en grupos que promueve la equidad depende de la selección de servicios. Esta forma de focalización consiste generalmente en asignar prioridad a servicios que abordan trastornos que afectan de manera desproporcionada a grupos desfavorecidos,²¹ como las enfermedades infecciosas y las enfermedades relacionadas con el tabaco. Otras formas de focalización basadas en grupos son las campañas de difusión de información adaptada a los destinatarios y la eliminación de las barreras jurídicas a la cobertura.¹⁴⁷

También hay mecanismos de prestación de servicios centrados en la persona.¹⁴⁴ Entre los más comentados se encuentra la exención del pago de honorarios, que puede ser visto como una forma de subsidio focalizado. En ciertas circunstancias, estos mecanismos promueven la cobertura universal de salud; en otras, la obstaculizan.^{21, 144, 148, 149} Por consiguiente, los mecanismos de focalización deben elegirse con cuidado en cada caso particular. El objetivo más amplio de reducir los pagos directos de bolsillo se trata en el capítulo 5.

Las ventajas de la focalización deben compararse también en términos más generales con sus desventajas. Los enfoques focalizados a veces podrían ser menos eficientes en la generación de beneficios para la salud, ya que tal vez resulte más costoso llegar a ciertos segmentos de la población. Otras veces, sin embargo, la focalización en grupos desfavorecidos va de la mano con la costo-efectividad, como podría ocurrir cuando la prevalencia de la mala salud en el grupo destinatario es mayor o cuando todavía no se ha realizado en ese grupo el potencial de servicios sencillos y sumamente costo-efectivos, como los antibióticos para la neumonía en los niños.^{139, 150} El grado óptimo de focalización también depende del apoyo del público y de la sostenibilidad financiera. Desde siempre, el movimiento hacia la cobertura universal movilizó el apoyo de la mayoría de la población, incluida la clase media.¹⁵¹ Si un sistema de gran alcance se concentra demasiado en una subpoblación, puede perder apoyo general, en particular al considerar a quiénes incluir en mecanismos de financiamiento mancomunado, en los cuales la base de financiamiento puede depender directamente e indirectamente de la inclusión de personas que no sean pobres.

Conclusiones

En consonancia con la meta de la cobertura universal de salud, los países deben tratar de ampliar la cobertura a *todos*. En los casos en que la cobertura no pueda ampliarse

plenamente a todos de inmediato, los países deben tratar primero de reducir las barreras para los siguientes grupos:

- grupos de bajos ingresos;
- poblaciones rurales; y
- otros grupos pertinentes en la medida en que estén desfavorecidos en cuanto a la cobertura de servicios o a la salud.

Esta estrategia, que consiste en reducir las desigualdades en la cobertura de servicios, es esencial para elevar el nivel general y avanzar hacia la universalidad.

Reducción de los pagos directos de bolsillo

5

La cobertura universal de salud se ocupa fundamentalmente tanto del acceso a los servicios como de la protección contra riesgos financieros. Los grandes pagos directos de bolsillo constituyen riesgos financieros y barreras al acceso.ⁱ Por consiguiente, para avanzar hacia la cobertura universal de salud es necesario reformar el sistema de financiamiento de la salud y pasar del pago de bolsillo de los servicios al prepago y la mancomunación de fondos. Los países después se enfrentan con una decisión crucial sobre la forma de efectuar esa transición. Esa decisión implica dos preguntas centrales: al reducir los pagos de bolsillo, ¿para qué servicios y para qué subpoblaciones deben reducirse estos pagos primero? Al aumentar el prepago y la mancomunación de fondos, ¿qué criterios deben determinar cuánto dinero debe aportar cada persona al fondo mancomunado y qué beneficios puede recibir?

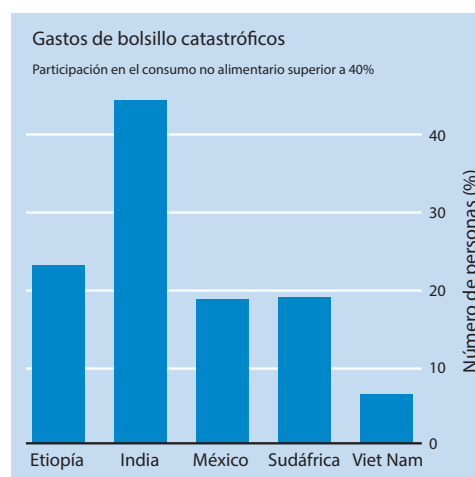
El reto

Un conjunto cada vez mayor de evidencia indica que la mayoría de los sistemas de salud no logran ofrecer una protección adecuada contra riesgos financieros y una causa importante de ello es los pagos de bolsillo.^{139, 152, 153} Un indicador común de riesgo financiero y de las malas consecuencias de tales pagos es el porcentaje anual de la población que tiene que hacer pagos de su bolsillo catastróficos (sobre la base de un umbral de 40% del consumo familiar exceptuados los alimentos).¹⁵³ La figura 5.1 muestra el problema en cinco países por medio de ese indicador.

Como se ve en la figura 5.1, una proporción considerable de la población en todos estos países enfrenta gastos catastróficos de su bolsillo.

Hay una diferencia fundamental entre los pagos directos de bolsillo y el prepago. Los pagos directos de bolsillo son pagos por servicios o suministros hechos por el

Figura 5.1. Gastos de bolsillo catastróficos en cinco paísesⁱⁱ



ⁱ El acceso y las barreras al acceso se abordan de manera más directa en el capítulo 4.

ⁱⁱ La figura se basa en datos del Banco Mundial.¹³¹

usuario en el momento de la prestación, generalmente después que la necesidad de estos servicios o suministros se vuelve evidente.

Los servicios y suministros pertinentes incluyen consultas, pruebas, procedimientos y medicamentos. Los pagos de bolsillo pueden efectuarse a los proveedores o a terceros; por ejemplo, en forma de coaseguro o franquicias. Los prepagos, en cambio, son hechos por el receptor potencial de los servicios o suministros antes de su entrega y normalmente antes de que la necesidad de un servicio particular sea evidente. Tales pagos incluyen diversos impuestos y primas. Cada sistema nacional de salud depende de una combinación de pagos de bolsillo, prepagos y otras fuentes de ingresos, pero la razón entre pagos de bolsillo y prepagos varía considerablemente.

Tal como se desprende de la figura 5.1, los pagos de bolsillo pueden exponer a las personas y las familias a grandes riesgos financieros y hay muchas razones por las cuales los países deberían reducir su dependencia respecto de tales pagos. Una razón importante es que estos pagos a menudo obstaculizan el acceso a los servicios necesarios. Muchas personas, al enfrentarse con pagos de bolsillo, tienen que aplazar la utilización, buscar opciones subóptimas o no recibir ningún servicio. Asimismo, los pagos de bolsillo constituyen una barrera al acceso, en particular para los grupos de bajos ingresos, algo que en general se considera injusto debido a la necesidad y a la capacidad igual o a menudo mayor de los grupos de bajos ingresos para beneficiarse de los servicios. Para los que pagan, los pagos de bolsillo suelen ser suficientemente

Recuadro 5.1. Impacto de los pagos de bolsillo en el empobrecimiento en Uganda

En Uganda, la cobertura universal de salud es una meta estipulada en el Plan Estratégico Nacional para el Sector de la Salud.¹⁵⁴ Sin embargo, el punto de partida es difícil. Aunque el gasto total en salud representó 9,5% del PIB en el 2011, el gasto total en salud per cápita en términos absolutos fue de solo \$128 (dólares internacionales del 2011). De esta cantidad, el gasto público y privado en salud representó 26,3% y 73,7%, respectivamente. Del gasto privado, 64,8% consistió en pagos de bolsillo.¹⁵⁵

La figura muestra el impacto de los pagos de bolsillo en el empobrecimiento en Uganda en el 2010.

Impacto de los pagos de bolsillo en el empobrecimiento

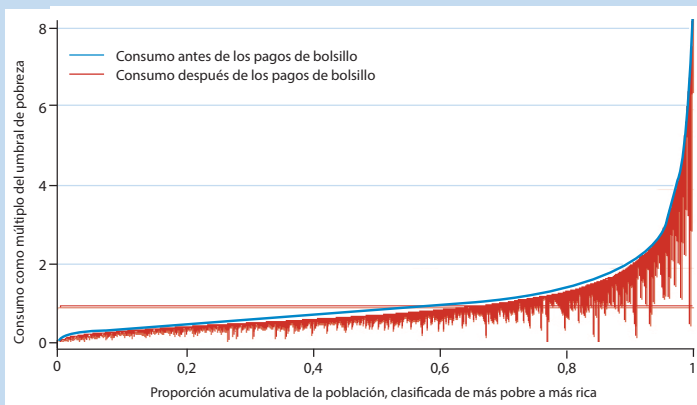


Figura adaptada de Kwesiga et al.¹⁵⁶

La figura muestra la forma en que los pagos de bolsillo aumentan la pobreza en Uganda no solo al empujar a personas que no eran pobres debajo del umbral de pobreza de \$1,25 por día, sino también al aumentar la profundidad y la magnitud de la pobreza entre las personas que ya eran pobres. La figura muestra también que los pagos de bolsillo, representados por la "pintura que chorrea" desde el nivel

de consumo antes de los pagos de bolsillo, correspondían principalmente a las personas que no eran pobres. Sin embargo, la proporción relativamente baja del total de los pagos de bolsillo correspondiente a los pobres, también en este caso ilustrada por la "pintura que chorrea", no implica que los pobres estén más protegidos contra tales pagos. En cambio, la proporción relativamente baja probablemente se deba a que los pobres no utilizan los servicios que necesitan porque no pueden costearlos.

grandes e imprevistos como para causar una gran presión financiera en el paciente y su familia. Tales gastos pueden ser catastróficos y empujar a la gente a la pobreza o, en el caso de los que ya son pobres, a la indigencia. Eso se ilustra en la figura 5.1, y los efectos de los pagos de bolsillo se ilustran en el recuadro 5.1.

Reducción de la dependencia respecto de los pagos directos de bolsillo

Solo cuando los pagos de bolsillo se sitúan por debajo de 15 a 20% del total del gasto en salud, la incidencia de catástrofes financieras y del empobrecimiento baja a niveles aceptables.⁴ Afortunadamente, la proporción de pagos de bolsillo se presta a intervenciones de políticas públicas. Las reformas recientes del financiamiento sanitario en varios países han demostrado que la reducción de los pagos de bolsillo puede disminuir el riesgo financiero. Tailandia es un buen ejemplo. Tras la introducción de un sistema de cobertura universal de salud en el 2002, el empobrecimiento debido a pagos de bolsillo disminuyó drásticamente, como se muestra en el recuadro 5.2.

Recuadro 5.2. Número de familias empobrecidas como consecuencia de los pagos de bolsillo por servicios de salud en Tailandia (1996–2010)

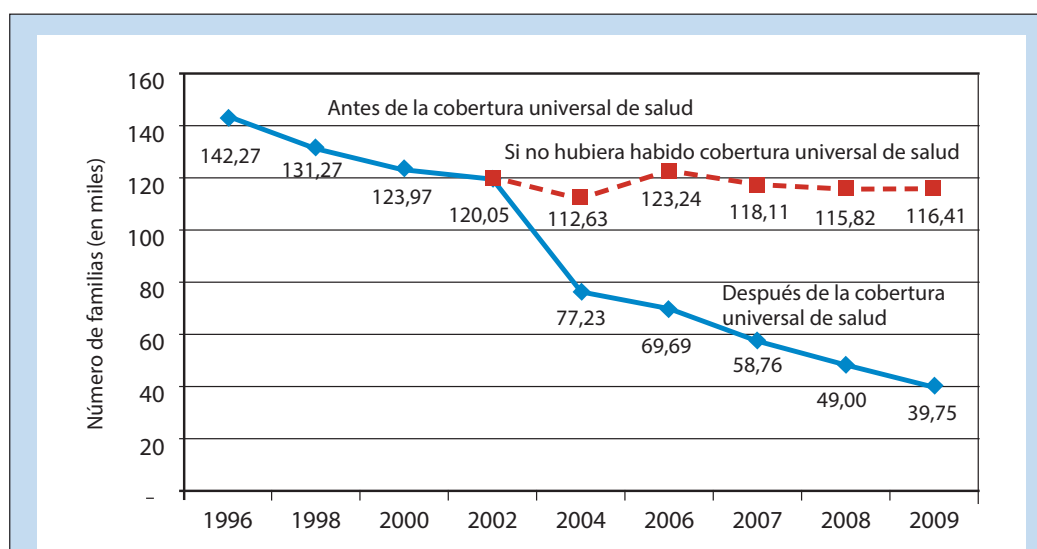


Figura adaptada de *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievement and Challenges*¹⁵⁷

En el 2002, Tailandia introdujo el "sistema de CU de 30 baht", sistema de seguro de enfermedad financiado por los contribuyentes para cubrir los 47 millones de personas, aproximadamente, que no eran beneficiarias del Sistema de Prestaciones Médicas de la Administración Pública o del Sistema de Seguridad Social. Como se muestra en la figura, el número de familias empobrecidas, es decir, las que cayeron por debajo del umbral nacional de pobreza de Tailandia como consecuencia de los pagos de bolsillo, bajó de alrededor de 120.000 en el 2002 a 40.000 en el 2009.

Muchos otros países que están avanzando hacia la cobertura universal de salud han experimentado tendencias similares a la de Tailandia.⁹⁶ No obstante, en todo el mundo alrededor de 150 millones de personas al año todavía sufren catástrofes financieras como consecuencia de los pagos de bolsillo.ⁱⁱⁱ Por lo tanto, una mayor protección financiera mediante la reducción de tales pagos es factible y claramente necesaria.

ⁱⁱⁱ Según el *Informe sobre la salud en el mundo 2013*.

Aumento de la dependencia respecto del prepago

La menor dependencia respecto de los pagos de bolsillo debe estar acompañada de una mayor dependencia respecto del prepago. Si los proveedores no pueden aumentar los ingresos de otras fuentes, los intentos de reducir los pagos de bolsillo mediante la reglamentación pueden tener consecuencias negativas imprevistas, como un aumento de los pagos informales, escasez de la oferta y menoscabo de la calidad de la atención como consecuencia de la dilución, el retraso o la eliminación de servicios cuyo costo de producción excede el monto que los proveedores pueden recuperar.

Los mecanismos de prepago tienen la posibilidad de abordar muchas de las deficiencias asociadas a los pagos de bolsillo, promoviendo de esta forma tanto el acceso como la protección contra riesgos financieros, principalmente porque permiten la mancomunación de fondos y, en consecuencia, la mancomunación de riesgos. La mancomunación de prepagos puede tener lugar en diferentes entornos, como en planes privados y de seguro social, pero los prepagos deben ser obligatorios. Hay pruebas de que, en todos los niveles de ingresos nacionales, los mecanismos de contribución obligatoria (tributación o seguro social de enfermedad obligatorio) son más eficaces que los mecanismos voluntarios.⁴ Eso se debe en particular a que los mecanismos voluntarios son vulnerables al problema de la “selección adversa”, según el cual las personas mayores y las personas enfermas que son relativamente “de alto riesgo” tienen mayores probabilidades de participar en el sistema mancomunado que las personas jóvenes y sanas que son relativamente “de bajo riesgo”.¹⁵⁸ La cobertura universal de salud requerirá normalmente subsidios financieros no solo de los ricos a los pobres, sino también de los jóvenes y las personas sanas a las personas mayores y las personas enfermas.¹³⁹ Se necesita un sistema obligatorio para que las personas ricas, jóvenes y sanas cumplan sus obligaciones de justicia y equidad, ya que de otro modo podrían optar por no participar en un sistema mancomunado que los obligue a pagar más de lo que reciben en forma de prestaciones personales. Por consiguiente, se recomienda en general que los países adopten un sistema de prepago obligatorio con mancomunación.^{4, 116}

Los países que quieran reducir los pagos de bolsillo pueden recaudar fondos adicionales de diversas maneras. En particular, se pueden obtener más fondos como consecuencia del crecimiento económico, una mayor movilización de recursos nacionales, reasignaciones intersectoriales, una mayor eficiencia y más recursos externos.^{4, 19, 21, 107, 159} Estas fuentes de fondos se describen de manera más pormenorizada en el recuadro 5.3.

La combinación exacta de mecanismos de financiamiento que más facilita el paso de los pagos de bolsillo al prepago y, por lo tanto, el progreso hacia la cobertura universal de salud depende de diversos factores propios de cada país. Sin embargo, entre todos estos factores, en las investigaciones se ha demostrado claramente que depender en gran medida de los pagos de bolsillo es un obstáculo importante tanto para el acceso a los servicios como para la protección contra riesgos financieros.

Cómo efectuar la transición de manera justa

Para los países que están tratando de pasar de los pagos de bolsillo al prepago con mancomunación, una cuestión crucial es cómo hacerlo de manera justa. Un aspecto central de esta cuestión es el tema de la prioridad al reducir los pagos de bolsillo y los criterios para los fondos mancomunados.

Recuadro 5.3. Fuentes de fondos adicionales

Los fondos adicionales pueden provenir generalmente del crecimiento económico, una mayor movilización de recursos nacionales, reasignaciones intersectoriales, una mayor eficiencia y más recursos externos.^{4, 19, 21, 107, 159}

En cuanto al crecimiento económico, de acuerdo con las proyecciones de la Comisión Lancet sobre Inversiones en Salud, el crecimiento anual del PIB real será de 4,5% en los países de bajos ingresos, 4,3% en los países de ingreso mediano bajo y 4,2% en los países de ingreso mediano alto desde el 2011 hasta el 2035.²¹ Si estas proyecciones se concretan y si los países consideran la cobertura universal de salud como una prioridad nacional, al menos los países de ingreso mediano podrán financiar los gastos necesarios, en su totalidad o en su mayor parte, con recursos nacionales.

En cuanto a una mayor movilización de recursos nacionales, una opción que es particularmente importante que los países consideren es un aumento de los impuestos sobre el tabaco, que probablemente lleve no solo a un aumento de los ingresos sino también a una mejora de la salud de la población. Para los países ricos en minerales u otros recursos naturales, el aumento de los ingresos públicos de esta fuente es otra oportunidad que debe explorarse.

Con respecto a las reasignaciones intersectoriales, una estrategia relacionada consiste en reducir o eliminar los subsidios a la energía y otros subsidios injustificados. Esto podría, entre otras cosas, ampliar el espacio fiscal para el gasto público en servicios de salud de prioridad alta.

En cuanto a una mayor eficiencia, se pueden emplear muchas estrategias prometedoras. En el *Informe sobre la salud en el mundo 2010* se señalan diez causas principales de ineficiencia que podrían abordarse: subutilización de medicamentos genéricos y precios de los medicamentos más elevados de lo necesario; uso de medicamentos de calidad inferior a la norma y falsificados; uso inadecuado e ineficaz de los medicamentos; uso excesivo o suministro de equipos, investigaciones y procedimientos; combinación inadecuada o costosa de personal y trabajadores desmotivados; admisiones y duración inadecuada de la hospitalización; tamaño inadecuado de los hospitales (subutilización de la infraestructura); errores médicos y calidad subóptima de la atención; derroche, corrupción y fraude; y combinación ineficiente o nivel inadecuado de estrategias.⁴

Por último, en cuanto a los recursos externos, en el futuro inmediato muchos países de bajos ingresos seguirán necesitando asistencia para el desarrollo destinada a la salud a fin de complementar los recursos nacionales.^{21, 107, 159}

La prioridad al reducir los pagos directos de bolsillo

Al reducir los pagos de bolsillo, una pregunta crucial es para qué servicios y para qué subpoblaciones deben reducirse primero estos pagos.

En lo que se refiere a los servicios, si es posible habría que eliminar primero los pagos de bolsillo por los servicios de prioridad alta. La justificación de este enfoque se analizó en relación con las barreras a la cobertura en general en el capítulo 4. Los criterios para determinar qué servicios tienen prioridad alta, que se abordaron en el capítulo 3, están relacionados, entre otras cosas, con la costo-efectividad, la prioridad para las personas que se encuentran en peor situación y la protección financiera. Desde el punto de vista de la justicia, los pagos de bolsillo al menos no deberían ser una barrera a la cobertura para los servicios más importantes, ya que la cobertura de estos servicios debería ser verdaderamente universal.^{iv} Los servicios con una prioridad un poco menor, pero todavía importantes para las personas, podrían, en el camino hacia

^{iv} Además, hay que tener en cuenta la demanda al considerar el nivel de los pagos de bolsillo. En relación con algunos servicios prioritarios y los servicios preventivos en particular, la demanda no refleja debidamente su importancia desde el punto de vista de la salud pública y hay otra razón para eliminar los pagos de bolsillo.

la cobertura universal de salud, financiarse por medio de una mayor variedad de mecanismos, entre ellos la tributación general, aportes voluntarios, seguro complementario y pagos de bolsillo.

Para las subpoblaciones, por consideraciones relativas a la justicia se debe prestar especial atención a ciertos grupos al ampliar la cobertura, como se indica en el capítulo 4: grupos de bajos ingresos, poblaciones rurales y otros grupos pertinentes en la medida en que estén desfavorecidos en cuanto a la cobertura de servicios o a la salud y a veces en términos más generales. Con respecto a los pagos de bolsillo, hay incluso una razón particular para reducir primero tales pagos de los grupos de bajos ingresos, ya que un honorario dado representa una barrera mayor al acceso y una carga financiera mayor para estos grupos. Además, esta respuesta de políticas reducirá la medida en que los pagos de bolsillo son regresivos con respecto a los ingresos.

En la práctica, varios decenios de experimentación han mostrado que a menudo es difícil exceptuar a los pobres de los pagos de bolsillo de manera eficaz y eficiente.^{4, 149} Eso se debe en parte a que el copago diferenciado y los esquemas de exención implican generalmente una evaluación difícil de los medios económicos y costos de transacción elevados.^{21, 149} Por lo tanto, la búsqueda de mecanismos de financiamiento basados en el prepago debería ser la primera prioridad, pero eso podría combinarse con otras maneras de focalizarse en los grupos desfavorecidos, tal como se describe en el capítulo 4.

Criterios para el fondo mancomunado

Al aumentar el prepago y la mancomunación, una pregunta crucial es qué criterios deben usarse para determinar cuánto dinero debe contribuir cada persona al fondo mancomunado y qué prestaciones recibirá.

En general, deben establecerse criterios para los aportes y las prestaciones a fin de separar la utilización de los servicios de su pago,^{4, 35} especialmente para los servicios de prioridad alta. El uso y el pago pueden desvincularse de diversas maneras.⁶¹ Una combinación de criterios particularmente interesante, de acuerdo con las consideraciones examinadas en el capítulo 2, consiste en que los pagos obligatorios aumenten en general con la capacidad de pago, mientras que las prestaciones recibidas se basen principalmente en la necesidad.

Con respecto al criterio para las prestaciones, hay varias razones por las cuales debería basarse principalmente en la necesidad. Como se señala en capítulos anteriores, las razones fundamentales están relacionadas con la importancia de la salud y los servicios de salud para las personas y la sociedad, el derecho a la salud y la responsabilidad colectiva por el acceso económicamente asequible.

En particular, hay buenas razones por las cuales la utilización de los servicios no debería depender principalmente de la capacidad de pago. No es justo que a los pobres se les niegue el acceso a servicios de prioridad alta simplemente porque son pobres.

Con respecto al criterio para las contribuciones, los aportes basados en la capacidad de pago encuentran respaldo en los informes sobre la salud en el mundo de los años 2000 y 2010,^{4, 35} y en muchas teorías de la justicia distributiva en la atención de

salud.^{5, 160} Muchos alegan asimismo que las contribuciones deben ser progresivas con respecto a los ingresos, es decir, que los ricos deben pagar proporcionalmente más que los pobres.

Conclusiones

Para avanzar hacia la cobertura universal de salud hay que pasar de los pagos de bolsillo al prepago obligatorio con mancomunación de fondos. Al efectuar ese cambio, los países deberían tratar de hacer lo siguiente:

- eliminar primero los pagos de bolsillo por servicios de prioridad alta;
- eliminar primero los pagos de bolsillo de grupos de bajos ingresos y otros grupos desfavorecidos, si eso puede hacerse eficazmente; y
- disponer que las contribuciones al fondo mancomunado se basen en general en la capacidad de pago y que el uso de los servicios se base principalmente en la necesidad.

Este enfoque promoverá una distribución más justa de los beneficios y las cargas entre los grupos de altos ingresos y los de bajos ingresos, así como entre los jóvenes y las personas mayores, y entre las personas sanas y las personas enfermas.

6

Estrategia general y concesiones

En cada uno de los tres capítulos anteriores se abordó una dimensión central del avance hacia la cobertura universal de salud. Con esos antecedentes, ahora se puede describir una estrategia general para el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud. Esta estrategia general da margen para tomar varios caminos diferentes hacia la cobertura universal de salud, pero también muestra que algunas concesiones son inaceptables en la mayoría de los casos.ⁱ

Estrategia general

Una estrategia de tres partes puede ser útil para los países que procuran alcanzar la cobertura universal de salud de una manera justa y progresiva. Los países pueden hacer lo siguiente:

- a) clasificar los servicios según su prioridad. Los criterios pertinentes son aquellos que están relacionados con la costo-efectividad, la prioridad de las personas que se encuentran en peor situación y la protección contra riesgos financieros;
- b) ampliar primero la cobertura de servicios de prioridad alta a fin de expandirla a todos. Para eso hay que eliminar los pagos de bolsillo y, al mismo tiempo, aumentar los prepagos obligatorios y progresivos con mancomunación de fondos; y
- c) al mismo tiempo, cerciorarse de que los grupos desfavorecidos, que generalmente incluirán los grupos de bajos ingresos y las poblaciones rurales, no queden rezagados.

Cuando la cobertura de servicios de prioridad alta se haya extendido a todos o se hayan tomado todas las medidas razonables con ese fin, podrán repetirse los pasos *b* y *c* con los servicios de prioridad media y, posteriormente, con los servicios de prioridad baja.

ⁱ Podría haber algunas circunstancias en las cuales las concesiones que generalmente son inaceptables sean aceptables. Primero, podría haber circunstancias en las cuales una política que implique una concesión generalmente inaceptable redunde en beneficios mucho mayores que cualquier otra política en cuanto a la cobertura o a la mejora de la salud. Segundo, podría haber circunstancias en las cuales aquellos que se encuentran en peor situación se beneficien más en términos absolutos con una política que implique una concesión generalmente inaceptable que con cualquier otra política. A veces se argumenta, por ejemplo, que ciertas políticas que implican concesiones generalmente inaceptables garantizan la sostenibilidad del sistema de financiamiento a la larga. Sin embargo, tales afirmaciones deben evaluarse con mucho cuidado. En particular, hay que cerciorarse de que se hayan tomado todas las medidas que sean factibles y la evidencia debe mostrar de manera muy firme e inequívoca que esas políticas son las mejores en general.

La estrategia general pone de manifiesto que el establecimiento sistemático de prioridades y la selección de servicios son fundamentales para alcanzar la cobertura universal de salud. Lo importante no es solo el número total de servicios: la selección de servicios es crucial. Cuanto más importante sea un servicio, más importante es que tenga cobertura universal. Otra característica central de la estrategia general es que privilegia la dimensión de inclusión, o sea, el eje de las “personas” de la caja de la cobertura universal de salud que se muestra en el capítulo 1. Los países deben tomar todas las medidas que sean razonables para incluir a *todos* lo más rápido posible y no tratar de abarcar un conjunto muy amplio de servicios desde el principio si ello obstaculizaría la consecución de la meta. La estrategia general también proporciona orientación sobre la forma de alcanzar el universalismo. Recomienda que los países incluyan a los grupos desfavorecidos desde el principio y se cercioren de que estos grupos no queden rezagados. Como los pobres constituyen uno de esos grupos, este enfoque se superpone con el “universalismo progresivo”.^{21, 143}

Como parte de esta estrategia general o de cualquier otra, los países deben tomar decisiones cuidadosamente en relación con las distintas dimensiones del progreso y con cada una de ellas. Estas decisiones dependen del contexto y puede haber varios caminos apropiados. Sin embargo, al tratar de alcanzar la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva, algunas concesiones generalmente son inaceptables.

Concesiones

Una concesión entre dos consideraciones aconsejables pero en pugna implica un sacrificio en una dimensión para obtener beneficios en otra. La teoría ética no siempre es suficientemente detallada como para especificar qué concesiones son aceptables y cuáles no lo son. Sin embargo, las consideraciones descritas en los capítulos anteriores apuntan hacia algunas concesiones inaceptables dentro de cada dimensión y entre las dimensiones. Más específicamente, al menos las siguientes cinco concesiones pueden considerarse *en general inaceptables* e incompatibles con el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud en la mayoría de las circunstancias. Además, las mismas consideraciones que llevan a descartar ciertas concesiones indican que otras son aceptables.

Concesión inaceptable I: *Ampliar la cobertura de servicios de prioridad baja o media antes de que haya una cobertura casi universal de servicios de prioridad alta. Eso incluye la reducción de los pagos de bolsillo por servicios de prioridad baja o media antes de la eliminación de los pagos de bolsillo por servicios de prioridad alta.*

Los servicios de prioridad alta son los más importantes, en parte porque tienden a ser los más costo-efectivos y a beneficiar a aquellos que se encuentran en peor situación. Por consiguiente, generalmente es injusto ampliar la cobertura de los servicios de prioridad baja o media antes de que haya cobertura universal de servicios de prioridad alta o de que se hayan tomado todas las medidas que sea razonable con ese fin. Por ejemplo, sería inaceptable ampliar la cobertura de la derivación aortocoronaria (que posiblemente no sea un servicio de prioridad alta en los países de bajos ingresos) antes de lograr la cobertura universal de la atención del parto por personal capacitado y de servicios para enfermedades mortales de la niñez que sean fáciles de prevenir y

de tratar. Los servicios de esta última clase incluyen la terapia de rehidratación oral para niños con diarrea y los antibióticos para niños con neumonía.

La falta de cobertura de servicios de prioridad alta tiende a estar concentrada en los grupos desfavorecidos. Ampliar primero los servicios de prioridad baja y media en tales situaciones es particularmente problemático e injusto. Los servicios de prioridad alta son también aquellos para los cuales es sumamente importante reducir los pagos de bolsillo. Por lo tanto, en la mayoría de las circunstancias, los pagos de bolsillo por esos servicios deben eliminarse antes de los pagos de bolsillo por otros servicios.

Las consideraciones que llevan a la conclusión de que determinada concesión es inaceptable indican que otras concesiones importantes son aceptables. En concreto, indican que es aceptable no abordar primero las brechas o desigualdades en la cobertura de los servicios de prioridad baja o media si eso menoscabaría los esfuerzos para ampliar la cobertura de servicios de prioridad alta o para reducir las desigualdades en su cobertura. Por ejemplo, una cobertura que no llegue a ser universal de ciertos tratamientos para el cáncer avanzado con beneficios marginales para la salud y desigualdades relacionadas en el acceso a los mismos podría ser aceptable si eso es necesario para alcanzar la cobertura universal de un tratamiento sumamente eficaz de la infección por el VIH. La inaceptabilidad de este tipo de concesión indica además que es aceptable no reducir el pago de bolsillo por los servicios de prioridad baja o media si ello menoscaba los esfuerzos para reducir los pagos de bolsillo por servicios de prioridad alta. Por ejemplo, los pagos de bolsillo por la cirugía de corazón abierto pueden ser aceptables si son necesarios para eliminar los pagos de bolsillo por las cesáreas.

Concesión inaceptable II: *Asignar prioridad alta a servicios muy costosos cuya cobertura conferirá una protección financiera sustancial pero beneficios muy pequeños para la salud en comparación con otros servicios menos costosos.*

La cobertura de servicios muy costosos a menudo puede conferir una protección sustancial contra riesgos financieros al reducir los pagos de bolsillo. Sin embargo, cuando los beneficios para la salud son muy pequeños en comparación con otros servicios menos costosos, hay al menos dos razones por las cuales generalmente sería inaceptable asignar prioridad alta a los servicios muy costosos. En primer lugar, se sacrificarían muchos beneficios para la salud que de otro modo podrían haberse obtenido con los mismos recursos. Esto es desafortunado porque los beneficios para la salud son sumamente valiosos por sí mismos, pero también es desafortunado desde la perspectiva de la protección contra riesgos financieros porque los beneficios para la salud tienden a conferir tal protección indirectamente. Las mejoras de la salud pueden prevenir ciertos pagos de bolsillo más adelante y aumentar la productividad y el potencial de ingresos de los beneficiarios y sus familias.²¹ En segundo lugar, incluso la protección contra riesgos financieros inmediatos puede obtenerse a menudo a un costo menor y de una manera más justa que con la cobertura de servicios muy costosos con beneficios limitados para la salud. Una razón es que incluso los pagos de bolsillo pequeños por servicios que no sean costosos pueden ser una carga financiera considerable para los pobres y se pueden cubrir más servicios de ese tipo con un presupuesto fijo.²¹ Además, también es más justo adquirir protección contra riesgos

financieros para los pobres y desfavorecidos. Estos puntos se trataron más detalladamente en el capítulo 3.

Hay varias razones por las cuales la protección contra riesgos financieros debe equilibrarse cuidadosamente con otras preocupaciones en la selección de los servicios. La protección contra riesgos financieros puede desempeñar muchas funciones diferentes en este contexto y, al mismo tiempo, impulsar continuamente la cobertura universal de salud y la reducción de los pagos de bolsillo en términos más generales.

Las razones por las cuales este tipo de concesión es inaceptable indican que otras concesiones importantes son aceptables. En concreto, en muchas circunstancias puede ser aceptable no cubrir servicios muy poco costo-efectivos aunque tal cobertura confiera una protección sustancial contra riesgos financieros.

Concesión inaceptable III: *Ampliar la cobertura a grupos adinerados antes de hacerlo para los grupos que se encuentran en peor situación cuando los costos y los beneficios no son muy diferentes. Eso incluye ampliar la cobertura a aquellos que ya tienen una cobertura alta antes que a los grupos que tienen una cobertura menor.*

Es difícil justificar la ampliación de la cobertura de grupos adinerados antes de los grupos que están en peor situación si las políticas en gran parte son similares en otros aspectos, especialmente si los servicios en cuestión tienen prioridad alta, si el grupo que está en peor situación está en muy mala situación o en ambos casos. Como se señala en capítulos anteriores, ampliar primero la cobertura de grupos adinerados se opondría normalmente a ideales de igualdad y a la preocupación especial por aquellos que se encuentran en peor situación.

Estas consideraciones indican que otras concesiones son aceptables. Por ejemplo, es aceptable no ampliar la cobertura de los grupos adinerados si eso menoscabaría los esfuerzos para ampliar la cobertura de los grupos que están en peor situación. Por otro lado, el argumento lleva a la conclusión de que podría ser aceptable ampliar la cobertura de los grupos adinerados antes de la cobertura de los grupos que se encuentran en peor situación si los costos o los beneficios son muy diferentes. Por ejemplo, la ampliación de la cobertura de un servicio dado de 90 a 100% en ciertos lugares de difícil acceso a veces puede ser extraordinariamente difícil y costosa. Si con los mismos recursos se pueden obtener mejoras mucho mayores de la cobertura y los resultados en materia de salud en áreas que están un poco mejor, eso podría ser aceptable. Sin embargo, hay que cerciorarse de que se hayan tomado todas las medidas factibles y que la evidencia muestre de manera firme e inequívoca que esas políticas sean las mejores en general.

Concesión inaceptable IV: *Incluir primero en el sistema de cobertura universal solo a aquellos que puedan pagar y no incluir a los trabajadores informales y los pobres, aunque ese enfoque sea más fácil.*

Lo que importa no es solo el número de personas incluidas en un sistema; también importa quiénes son esas personas y quiénes quedan rezagadas. En general sería inaceptable incluir solo a trabajadores formales y a personas que no sean pobres en las primeras etapas de la búsqueda de la cobertura universal. En cambio, hay muchas razones por las cuales los trabajadores informales y los pobres deben tener prioridad

en las primeras etapas, en la medida en que eso no ponga en peligro la sostenibilidad financiera del sistema. Una es el ideal de que la cobertura y la utilización de los servicios se basen principalmente en la necesidad y no en la capacidad de pago o el poder político. Más específicamente, la inclusión de los trabajadores informales y los pobres desde el principio puede contrarrestar “la hipótesis de la equidad inversa”, según la cual una intervención de salud nueva tiende a aumentar las inequidades porque llega inicialmente a aquellos que están en mejor situación.¹⁶¹

Concesión inaceptable V: *Pasar de los pagos de bolsillo al prepago obligatorio de una manera que haga que el sistema de financiamiento sea menos progresivo.*

Uno de los problemas con los pagos de bolsillo es que tienden a ser regresivos con respecto a los ingresos, es decir que los pobres pagan proporcionalmente más que los ricos. Esto se trató en el capítulo 5. Por consiguiente, al pasar de los pagos de bolsillo al prepago obligatorio con mancomunación de fondos, este cambio debe hacerse de una manera que no haga que el sistema de financiamiento general sea menos progresivo. Esto es respaldado por el ideal de que las contribuciones al sistema aumenten con la capacidad de pago.

Más allá de las concesiones generalmente inaceptables, hay varias limitaciones en la búsqueda de la cobertura universal de salud que no implican una fórmula conciliatoria entre dos fines aconsejables y, por lo tanto, no son concesiones. Una de las principales es la prohibición de la discriminación por razones de raza, etnicidad, religión, sexo, ideología política y orientación sexual. Las prácticas discriminatorias de estos tipos son moral y legalmente indefendibles de acuerdo con teorías de ética ampliamente aceptadas, los marcos de derechos humanos y muchos cuerpos de leyes.^{85,162,163} Por ejemplo, es inaceptable negar el acceso al tratamiento de la infección por el VIH simplemente debido a la orientación sexual de una persona.

Conclusiones

Una estrategia general de tres partes puede ser útil para los países que están tratando de alcanzar la cobertura universal de salud de una manera justa y progresiva. Más específicamente, los países pueden clasificar los servicios según la prioridad, extender primero a todos la cobertura de los servicios de prioridad alta y, entretanto, cerciorarse de que los grupos desfavorecidos no queden rezagados. Como parte de esta o de cualquier otra estrategia general, los países deben tomar decisiones cuidadosamente dentro de cada dimensión del progreso y entre todas ellas. Estas decisiones dependerán en parte del contexto y puede haber varios caminos apropiados. Sin embargo, a fin de alcanzar la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva, algunas concesiones son generalmente inaceptables. Es indispensable que haya mecanismos robustos de rendición de cuentas y participación pública al tomar decisiones sobre la estrategia general y las vías específicas, y determinar si las principales concesiones son adecuadas.

Rendición de cuentas y participación pública

7

Las personas deben estar en el centro del sistema de salud desde todo punto de vista. Esto implica que las personas deben ser no solo receptoras de los servicios, sino también agentes que moldean activamente el sistema y la forma en que se financian y suministran los servicios. En los capítulos anteriores se abordaron varias consideraciones de fondo con respecto a las decisiones fundamentales que deben tomarse en el camino hacia la cobertura universal de salud. Aunque tales consideraciones influyen en el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud, los procesos de decisión y ejecución también son cruciales. En concreto, para alcanzar la cobertura universal de salud de una manera justa y progresiva se necesita una rendición de cuentas robusta y participación pública.

Durante mucho tiempo se ha apreciado la importancia de la rendición de cuentas y la participación pública. La constitución de la OMS de 1948 dice: “Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo”,¹⁶⁴ en tanto que la Declaración de Alma-Ata de 1978 dice: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”.¹⁶⁵ La rendición de cuentas y la participación han atraído recientemente una atención internacional renovada y ahora ocupan un lugar destacado en numerosas iniciativas de salud y en la formulación de la agenda para el desarrollo sostenible después del 2015.¹⁶⁶

Ideas básicas

La rendición de cuentas implica responder por los propios actos y cumplir la normativa.¹⁶⁷ Las personas e instituciones que deben rendir cuentas tienen que suministrar información acerca de sus decisiones y actos, justificarlos y enfrentar algún tipo de sanción en casos de falta de conducta. Todos los actores que influyen en el sistema de salud y en la búsqueda de la cobertura universal de salud deben rendir cuentas al público de una manera válida, en particular los gobiernos nacionales y locales y los proveedores de servicios. La función del público es exigir la rendición de cuentas de los actores pertinentes.

La participación pública es la práctica de incluir al público en la definición de la agenda, la adopción de decisiones y las actividades normativas de las instituciones responsables de la formulación de políticas.¹⁶⁸ La verdadera participación del público implica

interacción y diálogo; no consiste en que las instituciones se limiten a proporcionar información al público o a obtener información del público.

La rendición de cuentas y la participación pública pueden tomar distintas formas.¹⁶⁸⁻¹⁷⁴ También pueden relacionarse de varias maneras y tienden a reforzarse mutuamente: la rendición de cuentas robusta puede fortalecer la participación y la participación robusta puede fortalecer la rendición de cuentas.

Por otro lado, se puede exigir a los gobiernos y a otras instituciones pertinentes que rindan cuentas de la existencia de procesos participativos adecuados.^{25, 175} La rendición de cuentas y la participación pública también están relacionadas con otras ideas importantes y se superponen en parte con ellas, como la transparencia, la voz, la inclusión, el empoderamiento y la capacidad de respuesta.

Motivaciones

El fortalecimiento de la rendición de cuentas y la participación pública puede facilitar el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud, y beneficiar a la sociedad en términos más generales, básicamente de tres maneras: por medio de mejores decisiones de política, de una ejecución más eficaz de esas decisiones y de las ventajas complementarias de un proceso mejor.^{5, 176-178} En cuanto a la calidad de las decisiones, el fortalecimiento de la rendición de cuentas y la participación pública en la formulación de políticas puede mejorar las decisiones de política al obligar a los encargados de las decisiones a ser más cuidadosos y disciplinados, al hacer que las decisiones sean sensibles a una gama más amplia de necesidades y valores y al promover la uniformidad en las decisiones. El fortalecimiento de la rendición de cuentas y la participación pública también puede llevar a una mayor eficiencia en la ejecución de las decisiones al abordar los desacuerdos en una etapa inicial y al facilitar el sentido de propiedad. En la fase de ejecución en sí, puede aumentar la eficiencia de la ejecución de las decisiones al desincentivar el fraude, la corrupción y el derroche y al promover la colaboración en la comunidad.

El fortalecimiento de la rendición de cuentas y la participación pública también es útil más allá de la calidad inmediata de las decisiones y la eficacia de su ejecución. La rendición de cuentas y la participación significativa son cruciales para los procesos justos y legítimos, pueden promover valores democráticos y son componentes decisivos de un marco de derechos humanos. La rendición de cuentas y la participación también pueden ayudar a fomentar la confianza y facilitar las deliberaciones públicas, la educación y el aprendizaje. A la larga, estos beneficios también afectan a la calidad de las decisiones y la eficacia de su ejecución. Por otro lado, también se ha comprobado que la participación tiene efectos positivos en la salud y los resultados relacionados con la salud.¹³⁶ Sin embargo, en lo que se refiere a todas estas funciones de la rendición de cuentas y la participación pública, es importante saber quiénes son los participantes y a quiénes se rinde cuenta. En particular, a fin de alcanzar la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva, en la acción para fortalecer la rendición de cuentas y la participación hay que prestar atención especial a los grupos marginados.

Un marco de derechos humanos hace hincapié en la rendición de cuentas y la participación, tanto en el contexto de la salud como en un contexto más amplio.^{25, 175, 179-181} Para la rendición de cuentas, un marco de derechos humanos requiere que el Estado

rinda cuentas de lo que hace, cuánto está gastando (en cuanto a recursos, por ejemplo) y cómo está encarando el proceso.¹⁷⁵ Como en un marco de derechos humanos el Estado debe rendir cuentas principalmente a sus ciudadanos (en vez de a donantes, por ejemplo), es fundamental requerir que las decisiones de política que afectan a los derechos del pueblo estén justificadas y someterlas al escrutinio público. De acuerdo con el derecho de los derechos humanos, se debe rendir cuentas del proceso mediante el cual se alcanzan las metas de la política sanitaria. Por consiguiente, se necesita vigilancia y supervisión adecuadas, transparencia, acceso a la información y participación pública significativa.¹⁷⁹ Desde esta perspectiva, la participación significativa implica procesos que empoderen y movilicen a la gente común para que participe en la acción política y social a fin de promover el goce del derecho a la salud y de otros derechos humanos.^{25, 182}

La rendición de cuentas y la participación pública son importantes en todo el sistema de salud y en todo el proceso de formulación de políticas. Para mostrar la forma en que la rendición de cuentas y la participación pueden fortalecerse y facilitar el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud, es útil recalcar tres partes de este proceso: formulación de políticas, comunicación de políticas, y monitoreo y evaluación. En cada etapa pueden usarse numerosos mecanismos de rendición de cuentas y participación. Algunos podrían requerir reformas institucionales o incluso instituciones nuevas.

Formulación de políticas

En los capítulos anteriores se pusieron de relieve las decisiones fundamentales en el camino hacia la cobertura universal de salud. Una rendición de cuentas robusta y la participación pública son cruciales para la adopción de decisiones y la formulación de políticas. Para eso es necesario que los interesados puedan influir en los asuntos que deben decidirse y no solo responder a una agenda preestablecida.¹⁸⁰ La rendición de cuentas y la participación pública en la formulación de políticas pueden promoverse de muchas maneras. Algunos procedimientos participativos son los jurados conformados por ciudadanos, los paneles conformados por ciudadanos, las conferencias para buscar consenso, la votación deliberativa y los cabildos abiertos con votación.^{168, 173, 174} Estos procedimientos normalmente se emplean en relación con una decisión específica o un conjunto pequeño de decisiones relacionadas y a menudo son transitorios, aunque también pueden integrarse en procesos decisorios más continuos y usarse regularmente. También deberían considerarse otros mecanismos permanentes e institucionalizados para fortalecer la rendición de cuentas y la participación. Un mecanismo de ese tipo es la integración formal o semiformal de entidades enteramente cívicas en el proceso decisorio. Otro es la representación popular en comités regulares, juntas u otros órganos decisorios. A continuación se presentan algunos ejemplos.

A nivel general, la rendición de cuentas y la participación pública se promueven fortaleciendo la gobernabilidad democrática, incluidas las elecciones generales. Sin embargo, para que la rendición de cuentas y la participación pública sean robustas también en este nivel fundamental se necesita mucho más que elecciones. En particular, el debate y las deliberaciones públicas activas sobre la formulación de políticas son cruciales.^{5, 183} La rendición de cuentas y la participación también pueden promo-

verse de varias maneras más indirectas; por ejemplo, fortaleciendo los derechos, los grupos marginados y la sociedad civil.⁴⁰

Pueden usarse diversos mecanismos para abordar las decisiones cruciales en relación con las distintas dimensiones descritas en los capítulos anteriores y con cada una de ellas. En particular, la rendición de cuentas robusta y la participación son importantes con respecto a las decisiones relacionadas tanto con el financiamiento como con la selección de servicios. Estas decisiones son pertinentes a la distribución de las contribuciones, incluida la función de los pagos de bolsillo, y la distribución de recursos de fondos mancomunados. Los mecanismos descritos anteriormente podrían facilitar un enfoque adecuado de estos temas. Entre los enfoques más integrados se encuentra, por ejemplo, la presupuestación participativa,^{40, 184-186} que normalmente implica un proceso mediante el cual los ciudadanos, individualmente o por medio de asociaciones cívicas, pueden contribuir regularmente a la adopción de decisiones sobre al menos una parte del presupuesto público por medio de una serie de reuniones con las autoridades del gobierno.¹⁸⁷ Entre los países con experiencia considerable con la presupuestación participativa cabe señalar Brasil, Camerún, Perú y Sri Lanka.¹⁸⁶ En un estudio se informa que en Porto Alegre (Brasil), por ejemplo, más de 100.000 personas (8% de la población) participaron en el proceso presupuestario de 1996.¹⁸⁴

Con respecto a la selección de servicios, la escala de prioridades debe basarse en pruebas científicas, argumentos éticos y valores públicos. A fin de integrar debidamente estos elementos, es importante tener procesos explícitos, sistemáticos y continuos para el establecimiento de prioridades y la evaluación de tecnologías de la salud. Muchos países ahora tienen procesos formales en los cuales los expertos evalúan la evidencia relativa a las intervenciones de salud, que a menudo incluye evidencia sobre la efectividad clínica y la costo-efectividad, de una manera que promueve la rendición de cuentas por los científicos. Entre esos países cabe señalar Alemania, Australia, Colombia, Dinamarca, Estados Unidos, Finlandia, México, Noruega, Nueva Zelandia, Países Bajos, Reino Unido, Suecia y Tailandia.^{88, 94, 188, 189} Algunos países también han procurado integrar elementos de participación pública directa en el proceso,^{88, 94, 190} como en el caso de Tailandia, cuyo proceso de establecimiento de prioridades se describe con más pormenores en el recuadro 7.1.

Comunicación de políticas

Otra manera similar de mejorar la rendición de cuentas y la participación pública con respecto a las decisiones de política y su ejecución es informar claramente al público acerca de las políticas aprobadas,^{97, 193} en particular cuando se trata de políticas relacionadas con derechos y prerrogativas básicos, servicios al público, incluidos los servicios de salud, y presupuestos de gasto públicos. Obviamente, solo si la gente sabe qué políticas se han aprobado puede haber un debate público genuino. La comunicación clara de las decisiones de política también es importante para el monitoreo y la evaluación, como se verá a continuación. Sin embargo, esa comunicación es útil también de una tercera forma más directa. La información clara es crucial para la plena utilización de los servicios y para que los ciudadanos puedan reclamar sus derechos y prerrogativas básicos, especialmente en lo que se refiere a los grupos pobres y vulnerables, que a menudo carecen de información acerca de políticas que son de fundamental importancia para su vida.

Recuadro 7.1. Participación de los interesados en la evaluación de tecnologías de la salud en Tailandia

El Programa de Evaluación de Intervenciones y Tecnologías de la Salud de Tailandia formula recomendaciones acerca de los servicios que deben incluirse en el paquete de prestaciones. Entre los criterios considerados se encuentran los siguientes: *a)* el tamaño de la población afectada; *b)* la gravedad de la enfermedad; *c)* la efectividad de la intervención de salud; *d)* la variación en la práctica; *e)* el impacto económico en el gasto familiar; y *f)* implicaciones de equidad, éticas y sociales.⁹⁴

Aprovechando prácticas bien afianzadas de evaluación de tecnologías de la salud que se usan en todo el mundo,¹⁹¹ varios grupos de interesados directos participan en la evaluación de la evidencia con criterios predeterminados. En Tailandia participan cuatro grupos: profesionales de la salud, estudiosos, grupos de pacientes y organizaciones de la sociedad civil. Estos interesados participan en todas las fases de la evaluación de las tecnologías de la salud: la designación de servicios candidatos para una evaluación, la selección de servicios que se someterán a la evaluación y la evaluación de los servicios.*

Para evaluar los servicios en cuestión con cada criterio se usa un enfoque de puntuación basado en un análisis de decisión de criterios múltiples, con parámetros bien definidos y umbrales.¹⁹² El orden de importancia de los servicios puede ajustarse de acuerdo con las deliberaciones de los panelistas. Este método se ha usado para evaluar, por ejemplo, intervenciones relacionadas con la reglamentación del alcohol, la prevención del cáncer cervicouterino, la prevención de la transmisión del VIH de la madre al niño y la hemodiálisis retroperitoneal para la nefropatía terminal, así como para decidir qué medicamentos incluir en la lista de medicamentos esenciales.⁹⁴

* Viroj Tangcharoensathien (comunicación personal, entrevista con Thalia Porteny, junio del 2013).

Con respecto a la cobertura universal de salud, es crucial que todos los aspectos importantes de las reformas y políticas se comuniquen claramente al público. En vista de los antecedentes presentados en los capítulos anteriores, un aspecto particularmente importante está relacionado con la selección de servicios y los pagos de bolsillo. La gente tiene que saber qué servicios tiene derecho a recibir y con qué nivel de pagos de bolsillo. Solo entonces los servicios podrán utilizarse plenamente y podrá lograrse una verdadera cobertura.

Una manera de facilitar la comunicación de políticas con respecto a la selección de servicios y los pagos de bolsillo es hacer una lista de servicios incluidos y excluidos y darla a conocer al público. Algunos ejemplos de países que han definido los servicios prioritarios como parte de la reforma de la cobertura universal de salud son Chile, Ghana, México, Nigeria, Rwanda, Tailandia y Viet Nam.^{94, 95} Sin embargo, para que las listas explícitas sean útiles, es importante que los servicios prioritarios estén bien definidos y justificados, y que se revisen y actualicen reiteradamente a la luz de argumentos y evidencia nuevos.

Otro aspecto importante de las políticas del sistema de salud sobre el cual es esencial mantener informado al público es los presupuestos aprobados para el gasto sanitario. Estos presupuestos, con las descripciones de las asignaciones presupuestadas a nivel nacional, distrital y local, deben difundirse ampliamente. De esta forma, los ciudadanos pueden reclamar los servicios para los cuales se han asignado recursos.

Monitoreo y evaluación

Es necesario, pero no suficiente, formular buenas políticas y comunicarlas claramente. Para que haya una rendición de cuentas robusta y participación del público también se necesita un monitoreo y evaluación cuidadosos de la etapa de ejecución y de los efectos de las políticas aprobadas. En concreto, para alcanzar la cobertura universal de salud de manera justa y progresiva se necesita una tarea de monitoreo y evaluación de los recursos, la cobertura y los resultados en materia de salud. Además, el proceso de formulación de políticas en sí puede ser objeto de monitoreo y evaluación, tarea que se describe con más pormenores en el capítulo 8.

Recursos

Con respecto a los recursos para los servicios de salud, es importante monitorear cómo se generan los fondos y cómo se usan. La información acerca de la situación actual y el cambio con el transcurso del tiempo puede facilitar la comparación con la política expresa y servir de base para el debate público y la formulación de políticas futuras. Por ejemplo, la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, de la OMS, ha recomendado que, para el 2015, los países den seguimiento como mínimo a dos indicadores de recursos agregados y que informen al respecto: el gasto total en salud por fuente de financiamiento y el gasto total en salud reproductiva y en salud de la madre, el recién nacido y el niño por fuente de financiamiento.¹⁹⁴

A fin de recopilar información se puede usar el sistema de cuentas de salud,¹⁹⁵ que se ha convertido en el método aceptado a nivel internacional para dar seguimiento a las contribuciones al sistema de salud y al gasto en materia de salud en los países. Por ejemplo, se pueden monitorear los patrones y montos totales del gasto de bolsillo. Las cuentas de salud también pueden usarse para recopilar información acerca del flujo de recursos entre los distintos niveles del sistema de salud, zonas geográficas y tipos de servicios, como medicamentos, intervenciones de salud pública y servicios de diagnóstico, curativos y de rehabilitación. Asimismo, se puede dar seguimiento a asignaciones para trastornos específicos, como la proporción de los recursos destinada al VIH, la tuberculosis, la inmunización, la malaria y enfermedades crónicas. En términos generales, con un buen sistema integral de cuentas de salud, la sociedad civil puede dar seguimiento más fácilmente, criticar y cuestionar los esquemas de generación de ingresos y asignación de recursos. En consecuencia, tal sistema puede fortalecer la rendición de cuentas y la participación pública en la reforma del sector de la salud.

Cobertura

El monitoreo y la evaluación de la cobertura de servicios son obviamente esenciales para la rendición de cuentas y la participación en el contexto específico de la cobertura universal de salud y para alcanzar la cobertura universal de salud en términos más generales. El uso de un conjunto integral de indicadores le permite al público exigir a los encargados de las decisiones que rindan cuentas por la adopción de medidas correctas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Se necesitan indicadores de la cobertura de servicios y la protección contra riesgos financieros, y la selección de indicadores es una tarea importante y sustancial que se aborda en el capítulo 8. Para

la mayoría de los indicadores, hay que medir y notificar no solo los promedios, sino también la distribución entre grupos pertinentes.

Resultados en materia de salud

Entre las principales motivaciones para la cobertura universal de salud se encuentran la mejora de la salud de la población y la promoción de una distribución justa de la salud en la sociedad. Por consiguiente, hay que exigir a los encargados de la adopción de decisiones que rindan cuentas de los resultados en materia de salud, y la rendición de cuentas en ese sentido se fortalecerá con un monitoreo y una evaluación minuciosos de los resultados pertinentes. Estos temas se profundizan en el capítulo 8. La información sobre los resultados en materia de salud constituye, desde luego, el insumo fundamental para la formulación de políticas también de una forma más directa. También en este caso hay que medir y notificar tanto los promedios como la distribución entre grupos pertinentes. Por ejemplo, la sociedad civil puede basarse en la información acerca de las profundas desigualdades en materia de salud entre grupos socioeconómicos o zonas geográficas a fin de presionar para que se hagan reformas.

El papel de las instituciones

A fin de que haya una rendición de cuentas robusta y participación, hay que institucionalizar mecanismos con ese fin.^{196, 197} Muchos países que han logrado avanzar hacia la cobertura universal de salud, como México, Rwanda, Tailandia y Turquía, han creado instituciones innovadoras que promueven la rendición de cuentas y la participación.^{47, 48, 94, 198} Por otro lado, algunos países de ingresos altos han establecido comités nacionales para el establecimiento de prioridades a fin de que el proceso sea más transparente y explícito y de que el público participe más.⁸⁸

La rendición de cuentas y la participación son sumamente pertinentes para varios asuntos y varios tipos de instituciones. Aunque estos asuntos e instituciones son diversos, hay marcos generales que pueden ser pertinentes para la mayoría o para todos. Un marco ampliamente aceptado para la adopción de decisiones legítimas es la rendición de cuentas para las decisiones razonables (*Accountability for Reasonableness*).^{5, 97} Este marco toma en serio el hecho de que suele haber un desacuerdo razonable acerca de los valores y su importancia relativa. La gente difiere en su opinión acerca de qué valores son importantes, cómo deben interpretarse y cómo deben equilibrarse. Ese desacuerdo razonable existe entre países y dentro de ellos. Los criterios divergentes de este tipo pueden ser la base, por ejemplo, de desacuerdos en la búsqueda de concesiones con respecto a los diferentes criterios para la selección de servicios. Por lo tanto, las decisiones clave de política en el camino hacia la cobertura universal de salud deben tomarse en un proceso que todos los ciudadanos consideren legítimo. Tal proceso debe ser transparente, las decisiones y sus razones deben darse a conocer al público, y el público, con su participación, debe tener amplias oportunidades para influir en los resultados del proceso. Más específicamente, el marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables establece cuatro condiciones que deben cumplirse, las cuales se describen en recuadro 7.2. El marco se ha explorado en diversos contextos^{5, 97} y puede ser crucial para facilitar las decisiones justas y legítimas en el camino hacia la cobertura universal de salud.

Recuadro 7.2. Las cuatro condiciones del marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables⁹⁷

- *Condición de publicidad:* Las decisiones con respecto a los límites directos e indirectos de la atención y su justificación deben estar disponibles para el público.
- *Condición de relevancia:* En la justificación de las decisiones que fijan límites hay que tratar de proporcionar una explicación *razonable* de la forma en que la organización procura hacer uso óptimo de los recursos al satisfacer las diversas necesidades de salud de una población definida con limitaciones razonables de recursos. En concreto, una justificación será razonable si apela a la evidencia, las razones y los principios considerados pertinentes por personas justas que están dispuestas a buscar términos de cooperación mutuamente justificables.
- *Condición de revisión y apelación:* Debe haber mecanismos para cuestionar y resolver disputas con respecto a las decisiones que fijan límites y, más ampliamente, oportunidades para revisar y mejorar las políticas teniendo en cuenta nueva evidencia o argumentos.
- *Condición reguladora:* Debe haber una regulación voluntaria o pública del proceso para que se cumplan las condiciones 1 a 3.

Conclusiones

El alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud requiere decisiones difíciles de política. La existencia de mecanismos públicos sólidos para la rendición de cuentas y la participación puede facilitar la adopción de decisiones razonables y su ejecución. Tales mecanismos son esenciales en la formulación de políticas y el establecimiento de prioridades, en particular al abordar las tres decisiones fundamentales en el camino hacia la cobertura universal de salud y las concesiones entre las dimensiones del progreso. La rendición de cuentas y la participación pública también están estrechamente vinculadas a la comunicación de políticas, al monitoreo y a la evaluación. Para que los mecanismos de rendición de cuentas y participación sean verdaderamente robustos, deben institucionalizarse, y el establecimiento de instituciones legítimas puede basarse en el marco de rendición de cuentas para las decisiones razonables.



Indicadores del progreso

Para todos los países, es crucial tener información sobre el desempeño del sistema de salud. En concreto, tal información es imprescindible para avanzar hacia la cobertura universal de salud. Aunque es imposible captar la plena complejidad de la cobertura, un buen conjunto de indicadores puede guiar la política y facilitar el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud. Con este fin, los países deben seleccionar cuidadosamente un conjunto de indicadores, invertir en los sistemas de información necesarios e integrar adecuadamente la información en la formulación de políticas.¹⁹⁹

Últimamente se ha venido trabajando en la delineación de un marco óptimo para el monitoreo y la evaluación en el contexto de la cobertura universal de salud.^{129, 200-202} Sin embargo, para promover un progreso justo, las preocupaciones relativas a la justicia y la equidad deben ocupar un lugar central en esos marcos, especialmente en la selección de indicadores.ⁱ En el contexto de los capítulos anteriores, es posible proporcionar orientación al respecto.

Selección de indicadores

Al establecer un marco para el monitoreo y la evaluación, los países deben seleccionar el conjunto de indicadores que mejor pueda facilitar el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud, teniendo en cuenta por lo menos cuatro consideraciones centrales:

- *La finalidad del monitoreo y la evaluación:* La inversión en sistemas de información sanitaria es útil solo si el monitoreo y la evaluación pueden guiar la formulación de políticas a nivel local, regional y nacional, servir de base para el debate público y ayudar a los países a comparar el desempeño de su sistema de salud con el desempeño de los sistemas de otros países que tienen un nivel de desarrollo similar.
- *La meta de la cobertura universal de salud y lo que viene después:* Los indicadores deben concordar estrechamente con la meta de la cobertura universal de

ⁱ En la OMS se está trabajando en colaboración con la Fundación Rockefeller en la búsqueda de un conjunto de indicadores de los determinantes sociales relacionados con la salud, el sexo y los derechos humanos para monitorear el progreso equitativo hacia la cobertura universal de salud. En el proyecto se trata específicamente de monitorear las barreras a la cobertura universal de salud y a los determinantes de la salud que tienen efectos diferentes en distintos sectores de la población. El proyecto también se centra en áreas de acción intersectorial que apoyan el avance del universalismo progresivo, es decir, las reformas que promueven el avance hacia la cobertura universal de salud y que benefician a los grupos desfavorecidos tanto como a los grupos que se encuentran en mejor situación.

salud. El conjunto de indicadores debe reflejar el grado de acceso a una gama integral de servicios de salud clave de buena calidad y el grado de protección financiera relacionada con estos servicios. Sin embargo, centrarse demasiado estrechamente en el sector de la salud podría obstaculizar la consecución de las metas de mayor alcance relacionadas con el nivel y la distribución de los resultados en materia de salud. Por consiguiente, también se necesitan indicadores de resultados.

- *La disponibilidad de datos y la calidad:* La flagrante falta de datos en muchos países y los cambios rápidos en la cobertura requieren un conjunto amplio de indicadores que vaya más allá de los datos actualmente disponibles. Para muchos países de ingresos bajos y medianos, las Encuestas de Demografía y Salud y la ahora obsoleta Encuesta Mundial de Salud son las principales fuentes de datos. Evidentemente se necesitan inversiones en sistemas de recopilación de datos más completos y de mejor calidad.
- *Tipos de indicadores:* Se puede monitorear y evaluar los medios y los fines de la cobertura universal de salud. Un enfoque amplio requiere al menos cuatro tipos de indicadores: indicadores relacionados con los procesos para el establecimiento de prioridades, indicadores de la cobertura, indicadores de la protección contra riesgos financieros e indicadores de los resultados en materia de salud. Para los tres últimos tipos, es imprescindible que se mida no solo el promedio, sino también la distribución entre grupos pertinentes.

Indicadores de procesos

El establecimiento cuidadoso de prioridades es crucial para el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud. El proceso de establecimiento de prioridades es difícil de cuantificar, pero puede ser útil contar con un conjunto de indicadores cualitativos.^{34, 192, 203, 204} Entre estos indicadores se encuentran aquellos que reflejan la existencia de lo siguiente:

- una institución o una entidad de una institución (por ejemplo, una entidad del Ministerio de Salud) responsable del examen previo y la evaluación posterior de las pruebas científicas pertinentes para el establecimiento de prioridades;
- procedimientos u órganos decisorios que fomenten la participación de los ciudadanos e interesados clave en el establecimiento de prioridades y que proporcionen las razones de las decisiones relativas al establecimiento de prioridades;
- criterios de conocimiento público para el establecimiento de prioridades; y
- descripciones que estén al alcance del público en lo que se refiere a los servicios de prioridad alta que la gente tenga derecho a recibir e información acerca del financiamiento de estos servicios (prestando especial atención a los pagos de bolsillo).

Este conjunto de indicadores de procesos puede ser útil para fortalecer la rendición de cuentas al público y el debate público, tema que se trató en capítulo 7.

Indicadores de la cobertura

Con los datos que hay, los países no pueden vigilar plenamente la cobertura de todos los servicios importantes. Por consiguiente, los países tienen que seleccionar los

servicios con los cuales estarán relacionados los indicadores. Para facilitar esta tarea, los países pueden clasificar los servicios según la prioridad, como se describe en el capítulo 3. En vista de los criterios de selección de servicios descritos en ese capítulo, es probable que, en la mayoría de los países, haya un conjunto de servicios de prevención y atención entre los servicios de prioridad alta. Este conjunto abarca los servicios que abordan las enfermedades transmisibles, la salud reproductiva, la nutrición, las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos mentales, y las lesiones.

La OMS y el Grupo del Banco Mundial han establecido un marco conjunto para vigilar el progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel de país y mundial.²⁰² Partiendo de este marco, se presenta una lista de indicadores primarios de cobertura y una lista de indicadores complementarios de cobertura con fines ilustrativos. Exactamente con qué servicios deben relacionarse los indicadores de la cobertura es tema de grandes controversias, y la selección final debe ser sensible al contexto del país. El cuadro 8.1 presenta una lista ilustrativa de indicadores primarios de cobertura que, en conjunto, abordan una amplia gama de problemas de salud.

Como se observa en el cuadro 8.1, los trastornos que se ponen de relieve van más allá de las enfermedades transmisibles y los problemas de la salud reproductiva, de la madre,

Cuadro 8.1. Lista ilustrativa de indicadores primarios de cobertura

Trastornos	Indicadores relacionados con	Nivel/ distribución
Enfermedades transmisibles y problemas de la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño	1. Inmunización	+/+
	2. Tratamiento con antibióticos para la neumonía presunta	+/+
	3. Necesidad de anticonceptivos satisfecha	+/+
	4. Atención obstétrica y neonatal básica con atención del parto por personal capacitado	+/+
	5. Atención integral de emergencias obstétricas y neonatales	+/+
	6. Prevención de la transmisión maternoinfantil	+/+
	7. Antirretrovíricos para la infección por el VIH/sida	+/+
	8. Diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis	+/+
	9. Mosquiteros tratados con insecticida (donde sea pertinente)	+/+
	10. Prevención de la desnutrición	+/+
Enfermedades no transmisibles	11. Atención y tratamiento de la esquizofrenia y la depresión	+/+
	12. Prevención médica primaria de enfermedades cardiovasculares (riesgo mayor de 35%)	+/+
	13. Reglamentación, tributación y campañas en relación con el tabaco y el alcohol	
	14. Detección del cáncer cervicouterino	+/+
Lesiones	15. Reglamentación y legislación del tránsito	

del recién nacido y del niño, ya que incluyen las enfermedades no transmisibles (ENT) y las lesiones.^{21, 202} Los servicios para los cuales se trate de alcanzar la cobertura universal posiblemente abarquen todas estas clases de trastornos. Sin embargo, es importante señalar que, en general, faltan datos pertinentes sobre las ENT y las lesiones.

A los países que han avanzado más en el camino hacia la cobertura universal de salud, una lista de indicadores complementarios de la cobertura puede resultarles igualmente pertinente para la formulación de políticas. En el cuadro 8.2 se presenta una lista de ese tipo.

La información sobre cada servicio, si la hay, se notifica normalmente en forma de tasas generales de cobertura, es decir, la proporción del total de la población cubierta por el servicio en cuestión. Los países también deben recopilar datos que muestren la distribución de la cobertura entre grupos pertinentes, desglosados por quintiles de riqueza.²⁰⁰ Esos datos se muestran en el cuadro 8.3. Aquí se muestran las tasas de cobertura de atención del parto por personal capacitado en relación con cada quintil para cinco países. La variación entre quintiles de riqueza es marcada. En Etiopía, por ejemplo, la cobertura de la atención del parto por personal capacitado es de 46% en el quintil más alto y de solo 2% en el quintil más bajo.

Cuadro 8.2. Lista ilustrativa de indicadores complementarios de cobertura

Trastornos	Indicadores relacionados con	Nivel/ distribución
Enfermedades transmisibles y problemas de la salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño	1. Hospitalización para complicaciones graves del parto, septicemia, neumonía, malaria y otras infecciones	+/+
Enfermedades no transmisibles	2. Tratamiento para la diabetes de tipo 1	+/+
	3. Tratamiento preventivo para la diabetes de tipo 2	+/+
	4. Hospitalización para el infarto de miocardio	+/+
	5. Tratamiento médico agudo de los accidentes cerebrovasculares	+/+
	6. Tratamiento de la epilepsia	+/+
	7. Tratamiento de la insuficiencia renal aguda	+/+
	8. Tratamiento del cáncer cervicouterino	+/+
	9. Tratamiento del cáncer de mama	+/+
	10. Tratamiento del cáncer del estómago	+/+
	11. Tratamiento de la leucemia (adultos y niños)	+/+
	12. Cuidados paliativos	
	Lesiones	13. Prevención de lesiones
14. Cirugía esencial		+/+
15. Cuidados intensivos para lesiones graves		+/+

Cuadro 8.3. Distribución de la atención del parto por personal capacitado en cinco países¹³¹

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5	Desigualdad (CI)*	Promedio (%)	Cobertura ajustada en función de la desigualdad
Etiopía	1,7	2,9	3,2	7,4	45,6	0,607	10,0	3,9
India	19,6	32,4	49,7	67,5	89,1	0,293	47,3	33,4
Rwanda	61,2	63,5	66,7	72,6	85,9	0,067	69,0	64,4
Colombia	84,4	96,8	98,8	99,4	99,5	0,036	94,9	91,5
Viet Nam	58,2	86,2	95,1	97,1	99,7	0,101	85,2	76,6

* IC = índice de concentración (rango de 0 a 1). Con una igualdad perfecta, el IC es de 0.

El índice de concentración (IC) es un indicador muy usado de la distribución. Es análogo al índice de Gini pero usa una medida de la situación socioeconómica para clasificar los grupos. El IC está relacionado con la curva de concentración, que representa la proporción acumulativa de la variable de los resultados en función de la proporción acumulativa de la población clasificada según una medida de la situación socioeconómica, y el IC equivale al doble del área entre la curva de concentración y la diagonal de igualdad.^{205, 206}

Los datos sobre el promedio y la distribución de un servicio o de un conjunto de servicios también pueden combinarse en un indicador resumido.²⁰⁷ Uno de estos indicadores, que representa la cobertura ajustada en función de la desigualdad, puede calcularse de la siguiente manera: cobertura ajustada en función de la desigualdad = $m(1-IC)$, donde m es la tasa de cobertura promedio del servicio para la población en su totalidad e IC es el índice de concentración. La cobertura ajustada en función de la desigualdad puede ser muy diferente de las tasas de cobertura no ajustadas, ya que la primera es directamente sensible a la distribución de la cobertura. Por consiguiente, estos indicadores pueden ayudar a facilitar el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud.

Es importante observar, sin embargo, que lo que importa no es solo la distribución entre grupos socioeconómicos. También hay que vigilar la distribución de la cobertura de servicios de acuerdo con otras características, como el sexo y el lugar de residencia.

Indicadores de protección financiera

La meta de la cobertura universal de salud no se limita al acceso, sino que abarca también la asequibilidad económica y la protección financiera más allá de sus efectos como barreras al acceso. Por consiguiente, es crucial vigilar y evaluar la medida en que el sistema de salud ofrece tal protección.^{4, 14, 129, 200, 201, 205} Las tres medidas siguientes son particularmente pertinentes y son buenos indicadores del riesgo financiero vinculado a los pagos de bolsillo.²⁰²

- *Porcentaje de la población que se enfrenta con gastos catastróficos en salud como consecuencia de pagos de bolsillo:* Los gastos sanitarios por lo general se consideran catastróficos para una familia si exceden un umbral; por ejemplo, 40% de los gastos familiares de un año exceptuados los alimentos.²⁰⁰ En muchos

países, la información pertinente se obtiene de encuestas sobre gastos familiares. Deben vigilarse tanto el nivel como la distribución entre grupos.

- *Porcentaje de la población empobrecida como consecuencia de pagos de bolsillo:* Se define como la proporción de la población que, en el curso de un año, cae por debajo del umbral de pobreza como consecuencia de pagos de bolsillo. En muchos países, la información pertinente se obtiene de las encuestas sobre gastos familiares. También en este caso, deben vigilarse tanto el nivel como la distribución entre grupos.
- *Proporción de pagos de bolsillo:* Se define como la proporción de pagos directos de bolsillo en relación con el gasto total en salud. En muchos países, la información pertinente se obtiene de las cuentas nacionales de salud. La proporción de pagos de bolsillo está vinculada principalmente a la protección contra riesgos financieros por medio de una correlación alta conocida entre esa proporción, los gastos catastróficos en salud y el empobrecimiento. La evidencia indica que los pagos de bolsillo normalmente tienen que representar menos de 15 a 20% del gasto en salud para que la incidencia de los gastos catastróficos en salud y el empobrecimiento baje a niveles insignificantes.⁴

Todas estas medidas pueden ser indicadores útiles de la protección contra riesgos financieros en el monitoreo y la evaluación del progreso hacia la cobertura universal de salud.ⁱⁱ

Indicadores de los resultados en materia de salud

Entre las principales motivaciones para la cobertura universal de salud se encuentran la mejora de la salud de la población y la promoción de una distribución justa de la salud en la sociedad. Por consiguiente, los indicadores de los resultados en materia de salud también suministran información pertinente para el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud. El hecho de que muchos determinantes de la salud, entre ellos diversos determinantes sociales, se encuentran fuera del sistema de salud pone de relieve la utilidad de tales indicadores. Los indicadores de los resultados en materia de salud pueden reflejar el nivel y la distribución de esos determinantes y también pueden reflejar desequilibrios en la acción de los países para abordar los diversos tipos de determinantes. Por ejemplo, los desequilibrios entre las medidas para mejorar el sistema de salud y las medidas para mejorar la educación de la mujer o la infraestructura para abastecer de agua limpia quizá se reflejen en resultados generales en materia de salud, al menos a largo plazo.

A nivel macro, los indicadores descriptivos más pertinentes de los resultados en materia de salud son la esperanza de vida y la esperanza de vida ajustada en función de la salud (EVAS). Otros indicadores importantes de los resultados son la mortalidad materna, la mortalidad de menores de 5 años y las tasas de retraso del crecimiento u otros indicadores de desnutrición. Como se señala en los capítulos anteriores, la distribución es crucial también con respecto a esos resultados. En consecuencia, si se usa un indicador de resultados en materia de salud tal como la EVAS, también se debe

ⁱⁱ Nótese que estos indicadores tienen algunas limitaciones. Por ejemplo, los dos primeros indicadores en particular no son directamente sensibles al subconsumo de servicios de salud que no son económicamente asequibles.

informar sobre su distribución. Los métodos que pueden usarse para informar sobre la distribución de este resultado son mediciones de dos variables y de una sola variable de la desigualdad en materia de salud.²⁰⁸ Algunos de estos métodos se han explicado y analizado en el contexto de los informes sobre el desarrollo humano.^{209, 210}

Conclusiones

El monitoreo y la evaluación son esenciales para el alcance justo y progresivo de la cobertura universal de salud. Con este fin, los países deben seleccionar cuidadosamente un conjunto de indicadores, invertir en sistemas de información sanitaria e integrar adecuadamente la información en la formulación de políticas. La selección de los indicadores debe concordar estrechamente con la meta de la cobertura universal de salud y, en la mayoría los entornos, abarcar al menos cuatro tipos de indicadores: indicadores relacionados con los procesos de establecimiento de prioridades, indicadores del acceso, indicadores de la protección contra riesgos financieros e indicadores de la salud de la población. Los tres últimos tipos de indicadores deben reflejar no solo el promedio o niveles agregados sino también la distribución.

Referencias

1. WHO. Universal health coverage: supporting country needs. World Health Organization; 2013. Se encuentra en http://www.who.int/contracting/UHC_Country_Support.pdf [27.10.15].
2. Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA58.33. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud. 2005.
3. Seguro social de enfermedad. Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad. Informe de la Secretaría. Punto 13.16 del orden del día provisional. 58.^a Asamblea Mundial de la Salud. 2005.
4. OMS. Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
5. Daniels N. Just health: meeting health needs fairly. Cambridge: Cambridge University Press; 2008.
6. Culyer AJ, Wagstaff A. Need, equity and equality in health and health care. Documento de trabajo. York: Centro de Economía de la Salud, Universidad de York; 1992.
7. Culyer AJ. Need: the idea won't do—but we still need it. *Social Science & Medicine*. 1995;40:727–30.
8. Sen A. Why health equity? *Health Economics*. 2002;11:659–66.
9. Dolan P, Kahneman D. Interpretations of utility and their implications for the valuation of health. *The Economic Journal*. 2008;118:215–34.
10. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Cambridge, MA: Belknap Press; 2011.
11. Saloner B, Daniels N. The ethics of the affordability of health insurance. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 2011;36:815–27.
12. Saenz C. What is affordable health insurance? The reasonable tradeoff account of affordability. *Kennedy Institute of Ethics Journal*. 2009;19:401–14.
13. Saenz C. Affordability of health care: a gender-related problem and a gender-responsive solution. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*. 2011;4:144–53.

14. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet*. 2012;380:917–23.
15. Sen A. *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
16. PNUD. Índice de Desarrollo Humano (IDH). Sitio web del PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2014. Se encuentra en <http://hdr.undp.org/es/content/el-índice-de-desarrollo-humano-idh> [27.10.15].
17. Bundy D. *Rethinking school health: a key component of education for all*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2011.
18. WHO. *Education: shared interests in well-being and development. Social Determinants of Health Sectoral Briefings Series 2*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
19. Commission on Macroeconomics and Health. *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001.
20. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach. *World Development*. 2004;32:1–13.
21. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. *Global health 2035: a world converging within a generation*. *Lancet*. 2013;382:1898–955.
22. Whitehead M. *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 1990.
23. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 2200A (XXI). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 21.º Período de Sesiones. 1966.
24. Tobin J. *The right to health in international law*. Oxford: Oxford University Press; 2012.
25. Potts H. *Accountability and the right to the highest attainable standard of health*. Colchester: Centro de Derechos Humanos, Universidad de Essex; 2008.
26. OMS. *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004.
27. Bigdeli M, Jacobs B, Tomson G, Laing R, Ghaffar A, Dujardin B, et al. Access to medicines from a health system perspective. *Health Policy and Planning*. 2013;28:692–704.
28. Peabody JW, Taguiwalo MM, Robalino DA, Frenk J. Improving the quality of care in developing countries. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. *Disease control priorities in developing countries*. 2nd ed. Nueva York: Oxford University Press; 2006. p. 259–70.
29. Mate KS, Sifrim ZK, Chalkidou K, Cluzeau F, Cutler D, Kimball M, et al. Improving health system quality in low- and middle-income countries that are expanding health coverage: a framework for insurance. *International Journal for Quality in Health Care*. 2013;25:497–504.

30. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007.
31. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know. Documento de antecedentes para el simposio mundial de investigaciones sobre los sistemas de salud. 2010.
32. UNICEF. National health insurance in Asia and Africa: advancing equitable social health protection to achieve universal health coverage. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2012.
33. Thiede M, Koltermann KC. Access to health services – Analyzing non-financial barriers in Ghana, Rwanda, Bangladesh and Vietnam using household survey data: a review of the literature. Maternal, Newborn and Child Health Working Paper. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 2013.
34. Daniels N, Bryant J, Castano RA, Dantes OG, Khan KS, Pannarunothai S. Criterios de equidad para la reforma de la atención sanitaria: un instrumento para el análisis de políticas en los países en desarrollo. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2000;78:740–50.
35. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.
36. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
37. Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Los recursos humanos para la salud y la cobertura sanitaria universal: cómo fomentar una cobertura eficaz y justa. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2013;91:853–63.
38. WHO. Intersectoral action on health: a path for policy-makers to implement effective and sustainable action on health. Kobe: Organización Mundial de la Salud, Centro OMS para el Desarrollo Sanitario; 2011.
39. Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, eds. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministerio de Asuntos Sociales y Salud; 2013.
40. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
41. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. 2011. Se encuentra en http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf [27.10.15].
42. Salomon JA, Wang H, Freeman MK, Vos T, Flaxman AD, Lopez AD, et al. Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010. Lancet. 2012;380:2144–62.
43. OMS. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.

44. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, Buss P, Chongsuvivatwong V, Frenk J, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet*. 2014;383:630–67.
45. Ooms G, Hammonds R, Van Damme W. The international political economy of global universal health coverage. Documento de antecedentes para el simposio mundial de investigaciones sobre los sistemas de salud. 2010.
46. Gostin LO, Friedman EA. Towards a framework convention on global health: a transformative agenda for global health justice. *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*. 2013;13:1–75.
47. Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *Lancet*. 2012;380:933–43.
48. Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Ornelas H, Barraza-Lloréns M, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet*. 2012;380:1259–79.
49. UHC Forward. Health coverage programs. Sitio web de UHC Forward. 2014. Se encuentra en <http://uhcforward.org/> [27.10.15].
50. WHO. Providing for health: success stories. Website of the World Health Organization; 2013. Se encuentra en http://www.who.int/providingforhealth/p4h_success_stories/en [15.11.13].
51. World Bank. Universal Health Coverage Study Series. Website of the World Bank. 2014. Se encuentra en <http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/universal-health-coverage-study-series> [27.10.15].
52. Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012;380:924–32.
53. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage. Documento de antecedentes para el simposio mundial de investigaciones sobre los sistemas de salud. 2010.
54. Reich MR. The political economy of health transitions in the third world. En: Chen L, Kleinman A, Ware NC, eds. *Health and social change in international perspective*. Boston: Escuela de Salud Pública Harvard; 1994.
55. Campbell JL. Ideas, politics, and public policy. *Annual Review of Sociology*. 2002;28:21–38.
56. Kingdon JW. The reality of public policy making. En: Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford: Oxford University Press; 2002.
57. Rawls J. *A theory of justice*. Revised ed. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999.
58. WHO. Health systems financing: the path to universal coverage. Plan of Action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
59. Chan M. La cobertura universal es el concepto más poderoso que la salud pública puede ofrecer. Discurso de aceptación pronunciado ante la 65.^a Asamblea

- Mundial de la Salud. Se encuentra en http://www.who.int/dg/speeches/2012/wha_20120523/es/ [27.10.15].
60. Culyer AJ, Wagstaff A. Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics*. 1993;12:431–57.
 61. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in health care finance and delivery. En: Culyer AJ, Newhouse JP, eds. *Handbook of health economics, volume 1A*. Amsterdam: Elsevier; 2000. p. 1803–62.
 62. Musgrove P. Public spending on health care: how are different criteria related? *Health Policy*. 1999;47:207–23.
 63. Chopra M, Campbell H, Rudan I. Understanding the determinants of the complex interplay between cost-effectiveness and equitable impact in maternal and child mortality reduction. *Journal of Global Health*. 2012;2:1.
 64. Bleichrodt H, Doctor J, Stolk E. A nonparametric elicitation of the equity-efficiency trade-off in cost-utility analysis. *Journal of Health Economics*. 2005;24:655–78.
 65. Maternal, Newborn and Child Health Network for Asia and the Pacific. *Investing in maternal, newborn and child health: the case for Asia and the Pacific*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health; 2009.
 66. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, Pfaffmann J, Ribaira E, O’Connell T, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach. *Lancet*. 2012;380:1341–51.
 67. James C, Carrin G, Savedoff W, Hanvoravongchai P. Clarifying efficiency-equity tradeoffs through explicit criteria, with a focus on developing countries. *Health Care Analysis*. 2005;13:33–51.
 68. Anand S. The concern for equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2002;56:485–7.
 69. Norheim OF. A note on Brock: prioritarianism, egalitarianism and the distribution of life years. *Journal of Medical Ethics*. 2009;35:565–9.
 70. Cookson R, Dolan P. Principles of justice in health care rationing. *Journal of Medical Ethics*. 2000;26:323–9.
 71. Otsuka M, Voorhoeve A. Why it matters that some are worse off than others: an argument against the priority view. *Philosophy & Public Affairs*. 2009;37:171–99.
 72. Brock DW, Wikler D. Ethical issues in resource allocation, research, and new product development. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2.^a ed. Nueva York: Oxford University Press; 2006. p. 259–70.
 73. Daniels N. Four unsolved rationing problems: a challenge. *Hastings Center Report*. 1994;24:27–9.
 74. Robberstad B, Norheim OF. Incorporating concerns for equal lifetime health in evaluations of public health programs. *Social Science & Medicine*. 2011;72:1711–6.

75. Johansson KA, Norheim OF. Problems with prioritization: exploring ethical solutions to inequalities in HIV care. *American Journal of Bioethics*. 2011;11:32–40.
76. Daniels N. Fair process in patient selection for antiretroviral treatment in WHO's goal of 3 by 5. *Lancet*. 2005;366:169–71.
77. Eyal N, Norheim OF, Hurst SA, Marchand S, Wikler D. Inequalities and inequities in health. En: Eyal N, Norheim OF, Hurst SA, Wikler D, eds. *Inequalities in health: concepts, measures, and ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 2013. p. 1–10.
78. Lippert-Rasmussen K, Eyal N. Equality and egalitarianism. En: Chadwick R, ed. *Encyclopedia of Applied Ethics*. 2nd ed. San Diego: Academic Press; 2012. p. 141–8.
79. Parfit D. *Equality or priority?* Kansas: University of Kansas; 1995.
80. Brock DW. Priority to the worse off in health-care resource prioritization. En: Rhodes R, Battin MP, Silvers A, eds. *Medicine and social justice: essays on the distribution of health care*. Nueva York: Oxford University Press; 2002. p. 362–72.
81. Williams A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*. 1997;6:117–32.
82. Eyal N. Leveling down health. En: Eyal N, Norheim OF, Hurst SA, Wikler D, eds. *Inequalities in health: concepts, measures, and ethics*. Nueva York: Oxford University Press; 2013. p. 194–213.
83. Eyal N, Voorhoeve A. Inequalities in HIV care: chances versus outcomes. *American Journal of Bioethics*. 2011;11:42–4.
84. Voorhoeve A, Fleurbaey M. Egalitarianism and the separateness of persons. *Utilitas*. 2012;24:381–98.
85. Wolff J. *The human right to health*. Nueva York: W.W. Norton; 2012.
86. Ottersen T. Lifetime QALY prioritarianism in priority setting. *Journal of Medical Ethics*. 2013;39:175–80.
87. Gutmann A. For and against equal access to health care. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1981;59:542–60.
88. Sabik LM, Lie RK. Priority setting in health care: lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. 2008;7:4.
89. Ord T. The moral imperative towards cost-effectiveness. 2013. Se encuentra en http://www.givingwhatwecan.org/sites/givingwhatwecan.org/files/attachments/moral_imperative.pdf [27.10.15].
90. Chisholm D, Evans D. Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. Documento de antecedentes para el *Informe sobre la salud en el mundo 2010*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
91. Williams A. Cost-effectiveness analysis: is it ethical? *Journal of Medical Ethics*. 1992;18:7–11.
92. Tan-Torres Edejer T, Baltussen R, Adam T, Hutubessy R, Acharya A, Evans DB, et al., eds. *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.

93. Bonita R, Magnusson R, Bovet P, Zhao D, Malta DC, Geneau R, et al. Country actions to meet UN commitments on non-communicable diseases: a stepwise approach. *Lancet*. 2013;381:575–84.
94. Glassman A, Chalkidou K. Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending. Washington, D.C.: Center for Global Development; 2012.
95. UHC Forward. Compare: benefits package. Sitio web de UHC Forward. 2014. Se encuentra en <http://uhcforward.org/reforms/compare/benefits> [27.10.15].
96. Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Universal Health Coverage Studies Series (UNICO) No 25. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2013.
97. Daniels N, Sabin JE. Setting limits fairly: learning to share resources for health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
98. Kilner JF. Who lives? Who dies? Ethical criteria in patient selection. New Haven: Yale University Press; 1990.
99. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373:423–31.
100. Kapiriri L, Norheim OF. Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. *Bulletin of the World Health Organization*. 2004;82:172–9.
101. Murray CJL, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*. 2012;380:2063–6.
102. Gold MR, Stevenson D, Fryback DG. HALYs and QALYs and DALYs, oh my: similarities and differences in summary measures of population health. *Annual Review of Public Health*. 2002;23:115–34.
103. WHO. Cost effectiveness and strategic planning (WHO-CHOICE). Sitio web de la Organización Mundial de la Salud. 2014. Se encuentra en <http://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/> [27.10.15].
104. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., eds. Disease control priorities in developing countries. 2.^a ed. Nueva York: Oxford University Press; 2006.
105. Teerawattananon Y, Mugford M, Tangcharoensathien V. Economic evaluation of palliative management versus peritoneal dialysis and hemodialysis for end-stage renal disease: evidence for coverage decisions in Thailand. *Value in Health*. 2007;10:61–72.
106. DCP3. Sitio web de la tercera edición de Prioridades para el Control de Enfermedades en los Países en Desarrollo (DCP3). 2014. Se encuentra en <http://www.dcp-3.org/> [27.10.15].
107. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. More money for health, and more health for the money. Final report of the Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems. 2009. Se encuentra en <http://www.internationalhealthpartnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Doc>

- uments/Results___Evidence/HAE__results___lessons/Taskforce_report_EN.2009.pdf [27.10.15].
108. Norheim OF, Johri M, Chisholm D, Nord E, Baltussen R, Brock DW, et al. Guidance on priority setting in health care (GPS Health) [de publicación próxima].
 109. Nord E. Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs. Nueva York: Cambridge University Press; 1999.
 110. Dolan P, Shaw R, Tsuchiya A, Williams A. QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Economics*. 2005;14:197–208.
 111. Dolan P, Tsuchiya A. It is the lifetime that matters: public preferences over maximising health and reducing inequalities in health. *Journal of Medical Ethics*. 2012;38:571–3.
 112. Olsen JA. Priority preferences: “end of life” does not matter, but total life does. *Value in Health*. 2013;16:1063–6.
 113. Norheim OF, Asada Y. The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*. 2009;8:40.
 114. van de Wetering EJ, Stolk EA, van Exel NJA, Brouwer WBF. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *European Journal of Health Economics*. 2013;14:107–15.
 115. Dworkin R. Life's dominion: an argument about abortion, euthanasia, and individual freedom. Nueva York: Knopf; 1993.
 116. Smith PC. Incorporating financial protection into decision rules for publicly financed healthcare treatments. *Health Economics*. 2013;22:180–93.
 117. Hoel M. What should (public) health insurance cover? *Journal of Health Economics*. 2007;26:251–62.
 118. Söderlund N. Possible objectives and resulting entitlements of essential health care packages. *Health Policy*. 1998;45:195–208.
 119. Tappenden P, Jones R, Paisley S, Carroll C. Systematic review and economic evaluation of bevacizumab and cetuximab for the treatment of metastatic colorectal cancer. *Health Technology Assessment*. 2007;11:12.
 120. Garside R, Round A, Dalziel K, Stein K, Royle P. The effectiveness and cost-effectiveness of imatinib in chronic myeloid leukaemia: a systematic review. *Health Technology Assessment*. 2002;6:33.
 121. Knight C, Hind D, Brewer N, Abbott V. Rituximab (MabThera) for aggressive non-Hodgkin's lymphoma: systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*. 2004;8:37.
 122. National Centre for Pharmacoeconomics. A review of the cost-effectiveness of sunitinib (Sutent) under the high tech drug scheme in Ireland. Dublín: Centro Nacional de Farmacoeconomía, Irlanda; 2006.
 123. Reed SD, Anstrom KJ, Li Y, Schulman KA. Updated estimates of survival and cost effectiveness for imatinib versus interferon-alpha plus low-dose cytarabine for

- newly diagnosed chronic-phase chronic myeloid leukaemia. *Pharmacoeconomics*. 2008;26:435–46.
124. Verguet S, Laxminarayan R, Jamison DT. Universal public finance of tuberculosis treatment in India: an extended cost-effectiveness analysis. Publicado en línea en *Health Economics*. 2014.
 125. Verguet S, Murphy S, Anderson B, Johansson KA, Glass R, Rheingans R. Public finance of rotavirus vaccination in India and Ethiopia: an extended cost-effectiveness analysis. *Vaccine*. 2013;31:4902–10.
 126. Claxton K, Martin S, Soares M, Rice N, Spackman E, Hinde S, et al. Methods for the estimation of the NICE cost effectiveness threshold. Final report. CHE Research Paper. York: Centro de Economía de la Salud, Universidad de York; 2013.
 127. Shillcutt SD, Walker DG, Goodman CA, Mills AJ. Cost effectiveness in low- and middle-income countries: a review of the debates surrounding decision rules. *Pharmacoeconomics*. 2009;27:903–17.
 128. Johri M, Norheim OF. Can cost-effectiveness analysis integrate concerns for equity? Systematic review. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2012;28:125–32.
 129. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. Measuring progress towards universal health coverage. Borrador. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
 130. Central Statistical Agency. Ethiopia Demographic and Health Survey 2011. Adis Abeba, Etiopía: Organismo Central de Estadísticas; 2012.
 131. World Bank. Health equity and financial protection datasheets. Sitio web del Banco Mundial. 2014. Se encuentra en <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,,contentMDK:23159049~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html> [27.10.15]
 132. Barros AJ, Ronsmans C, Axelson H, Loaiza E, Bertoldi AD, Franca GVA, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet*. 2012;379:1225–33.
 133. Di Cesare M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F, et al. Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *Lancet*. 2013;381:585–97.
 134. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010: Colombia. Bogotá: Profamilia; 2011. Se encuentra en <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR246/FR246.pdf> [27.10.15].
 135. International Institute for Population Sciences (IIPS) and Macro International. National Family Health Survey (NFHS-3), 2005-06: India: Volume I and II. Mumbai: IIPS; 2007. Se encuentra en <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FRIND3/FRIND3-Vol1AndVol2.pdf> [27.10.15].
 136. Bustreo F, Hunt P, Gruskin S, Eide A, McGoey L, Rao S, et al. Women's and children's health: evidence of impact of human rights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
 137. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297:405–12.

138. Victora CG, Barros AJD, Axelson H, Bhutta ZA, Chopra M, Franca GVA, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2012;380:1149–56.
139. Smith PC. Universal health coverage and user charges. *Health Economics, Policy and Law*. 2013;8:529–35.
140. Tavaglione N, Martin AK, Mezger N, Durieux-Paillard S, François A, Jackson Y, et al. Fleshing out vulnerability. De publicación próxima en *Bioethics*.
141. Mkandawire T. Targeting and universalism in poverty reduction. *Social Policy and Development Programme Paper*. Ginebra: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social; 2005.
142. Victora CG, Wagstaff A, Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M, Habicht JP. Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough. *Lancet*. 2003;362:233–41.
143. Gwatkin DR, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet*. 2011;377:2160–1.
144. Hanson K, Worrall E, Wiseman V. Targeting services towards the poor: a review of targeting mechanisms and their effectiveness. En: Bennett S, Gilson L, Mills A, eds. *Health, economic development and household poverty: from understanding to action*. Nueva York: Routledge; 2008.
145. Rodríguez MI. La reforma de salud en El Salvador: hacia la cobertura universal, el acceso a la atención integral y la equidad en salud. 2013. Se encuentra en http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1352&Itemid=99999999 [27.10.15].
146. Ministerio de Salud de El Salvador y OPS/OMS. Aportes de la reforma de salud en El Salvador al desarrollo del sistema de salud y los objetivos de la cobertura universal y diálogo político para la sostenibilidad de los logros. 2013. Se encuentra en http://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1308&Itemid=99999999 [27.10.15].
147. CESCR. Observación general 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. UN Doc. E/C.12/2000/4. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas; 2000.
148. Gilson L, Russell S, Buse K. The political economy of user fees with targeting: developing equitable health financing policy. *Journal of International Development*. 1995;7:369–401.
149. Ridde V, Robert E, Meessen B. A literature review of the disruptive effects of user fee exemption policies on health systems. *BMC Public Health*. 2012;12:289.
150. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet*. 2004;364:1273–80.
151. Moene KO, Wallerstein M. Targeting and political support for welfare spending. *Economics of Governance*. 2001;2:3–24.
152. Moreno-Serra R, Millett C, Smith PC. Towards improved measurement of financial protection in health. *PLoS Medicine*. 2011;8:e1001087.

153. Wagstaff A. Measuring financial protection in health. En: Smith PC, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S, eds. *Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 114–37.
154. Ministry of Health, Uganda. *Health sector strategic plan 2010/11 – 2014/14*. Kampala: Ministerio de Salud; 2010.
155. WHO. Table of key indicators, sources and methods by country and indicators. WHO Global Health Expenditure Database. 2013. Se encuentra en http://apps.who.int/nha/database/Key_Indicators_by_Country/Index/en [27.10.15].
156. Kwesiga B, Zikusooka CM, Ataguba JE. *Assessing catastrophic and impoverishing effects of health care payments in Uganda*. Borrador. 2014.
157. *Thailand's universal coverage scheme: achievements and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001–2010)*. Nonthaburi, Tailandia: Oficina de Investigaciones sobre Sistemas de Seguro Médico; 2012.
158. Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *American Economic Review*. 1963;53:941–73.
159. Elovainio R, Evans DB. *Raising and spending domestic money for health*. Centre on Global Health Security Working Group Papers. Londres: Chatham House; 2013.
160. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. *Securing access to health care: the ethical implications of differences in the availability of health services*. Washington D.C.: 1983.
161. Victora CG, Vaughan JP, Barros FC, Silva AC, Tomasi E. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet*. 2000;356:1093–8.
162. Dworkin R. *Taking rights seriously*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1977.
163. Yamin AE. Will we take suffering seriously? Reflections on what applying a human rights framework to health means and why we should care. *Health and Human Rights*. 2008;10:45–63.
164. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Se encuentra en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf> [27.10.15].
165. Declaración de Alma-Ata. 1978. Se encuentra en <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf> [27.10.15].
166. Task Team for the Global Thematic Consultation on Health in the Post-2015 Development Agenda. *Health in the post-2015 agenda. Report of the Global Thematic Consultation on Health*. 2013. Se encuentra en <http://www.worldwewant2015.org/file/337378/download/366802> [27.10.15].
167. Schedler A. Conceptualizing accountability. En: Schedler A, Diamond L, Plattner MF, eds. *The self-restraining state: power and accountability in new democracies*. Boulder, CO: Lynne Rienner; 1999. p. 13–28.

168. Rowe G, Frewer LJ. A typology of public engagement mechanisms. *Science, Technology, & Human Values*. 2005;30:251–90.
169. Bishop P, Davis G. Mapping public participation in policy choices. *Australian Journal of Public Administration*. 2002;61:14–29.
170. Blair H. Participation and accountability at the periphery: democratic local governance in six countries. *World Development*. 2000;28:21–39.
171. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning*. 2004;19:371–9.
172. Emanuel EJ, Emanuel LL. What is accountability in health care? *Annals of Internal Medicine*. 1996;124:229–39.
173. Abelson J, Forest PG, Eyles J, Smith P, Martin E, Gauvin FP. Deliberations about deliberative methods: issues in the design and evaluation of public participation processes. *Social Science & Medicine*. 2003;57:239–51.
174. Mitton C, Smith N, Peacock S, Evoy B, Abelson J. Public participation in health care priority setting: a scoping review. *Health Policy*. 2009;91:219–28.
175. Yamin AE. Beyond compassion: the central role of accountability in applying a human rights framework to health. *Health and Human Rights*. 2008;10:1–20.
176. Gutmann A, Thompson D. Just deliberation about health care. En: Danis M, Clancy C, Churchill LR, eds. *Ethical dimensions of health policy*. Oxford: Oxford University Press; 2002. p. 77–94.
177. Fleck LM. *Just caring: health care rationing and democratic deliberation*. Oxford: Oxford University Press; 2009.
178. Elster J, ed. *Deliberative democracy*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
179. Yamin AE. Toward transformative accountability: applying a rights-based approach to fulfill maternal health obligations. *SUR*. 2010;7:95–121.
180. Yamin AE. Suffering and powerlessness: the significance of promoting participation in rights-based approaches to health. *Health and Human Rights*. 2009;11:5–22.
181. Gruskin S, Daniels N. Justice and human rights: priority setting and fair, deliberative process. *American Journal of Public Health*. 2008;98:1573–7.
182. Farmer P. *Pathologies of power: health, human rights, and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press; 2003.
183. Gutmann A, Thompson D. *Why deliberative democracy?* Princeton, NJ: Princeton University Press; 2004.
184. Shah A, ed. *Participatory budgeting*. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2007.
185. Wampler B. *Participatory budgeting in Brazil: contestation, cooperation, and accountability*. University Park, PA: Pennsylvania State University Press; 2007.
186. UN-HABITAT. 72 frequently asked questions about participatory budgeting. *Urban Governance Toolkit Series*. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos; 2004.

187. Goldfrank B. Lessons from Latin America's experience with participatory budgeting. En: Shah A, ed. Participatory budgeting. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2007.
188. Weightman A, Ellis S, Cullum A, Sander L, Turley R. Grading evidence and recommendations for public health interventions: developing and piloting a framework. Londres: Organismo de Desarrollo Sanitario; 2005.
189. Pearson SD, Rawlins MD. Quality, innovation, and value for money: NICE and the British National Health Service. *Journal of the American Medical Association*. 2005;294:2618–22.
190. Abelson J, Giacomini M, Lehoux P, Gauvin FP. Bringing 'the public' into health technology assessment and coverage policy decisions: from principles to practice. *Health Policy*. 2007;82:37–50.
191. Banta D. What is technology assessment? *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 2009;25 Supplement 1:7–9.
192. Youngkong S, Baltussen R, Tantivess S, Mohara A, Teerawattananon Y. Multicriteria decision analysis for including health interventions in the universal health coverage benefit package in Thailand. *Value in Health*. 2012;15:961–70.
193. Haider H, Mcloughlin C, Scott Z. Topic guide on communication and governance. Birmingham: Universidad de Birmingham, Reino Unido. 2011. Se encuentra en <http://siteresources.worldbank.org/EXTGOVACC/Resources/Communication-GovernanceTGedition2.pdf> [27.10.15].
194. Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. Manteniendo promesas, evaluando los resultados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
195. OECD, Eurostat, WHO. A system of health accounts. OECD Publishing; 2011.
196. Ham C, Coulter A. International experience of rationing. En: Ham C, Robert G, eds. Reasonable rationing: international experience of priority setting in health care. Maidenhead: Open University Press; 2003. p. 4–15.
197. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity: priority setting and rationing in the National Health Service. Buckingham: Open University Press; 1996.
198. Atun R, Aydin S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, et al. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *Lancet*. 2013;382:65–99.
199. Daniels N, Light DW, Caplan RL. Benchmarks of fairness for health care reform. Nueva York: Oxford University Press; 1996.
200. Haas S, Hatt L, Leegwater A, El-Khoury M, Wong W. Indicators for measuring universal health coverage: a five-country analysis (draft). Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.; 2012.
201. Health in the framework of sustainable development: technical report for the post-2015 development agenda. Preparado por el Grupo Temático sobre Salud para todos de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible. 2014. Se encuentra en <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/Health-For-All-Report.pdf> [27.10.15].

202. WHO, WBG. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: a framework. Documento de trabajo conjunto OMS/Banco Mundial; 2013. Se encuentra en http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf [27.10.15].
203. Kipiriri L, Norheim OF, Martin DK. Priority setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. *Health Policy*. 2007;82:78–94.
204. Honigsbaum F, Calltorp J, Ham C, Holmström S. Priority setting processes for healthcare. Oxford: Radcliffe Medical Press; 1995.
205. O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a guide to techniques and their implementation. Washington, D.C.: Banco Mundial; 2008.
206. Kakwani N, Wagstaff A, van Doorslaer E. Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics*. 1997;77:87–103.
207. Wagstaff A. Inequality aversion, health inequalities and health achievement. *Journal of Health Economics*. 2002;21:627–41.
208. Wolfson M, Rowe G. On measuring inequalities in health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2001;79:553–60.
209. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2006. Más allá de la escasez: Poder, pobreza y la crisis mundial del agua. Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2006.
210. Grimm M, Harttgen K, Klasen S, Misselhorn M. A human development index by income groups. *World Development*. 2008;36:2527–46.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud

Informe final del Grupo Consultivo de la OMS
sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud

