



DIRECCIONES EN DESARROLLO
Desarrollo Humano

Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe

Evidencia de países seleccionados

Tania Dmytraczenko y Gisele Almeida, editoras

Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe

DIRECCIONES EN DESARROLLO
Desarrollo Humano

Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe

Evidencia de países seleccionados

Tania Dmytraczenko y Gisele Almeida, editoras



GRUPO BANCO MUNDIAL



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

© 2017 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial
1818 H Street NW, Washington, DC 20433
Teléfono: 202-473-1000; sitio web: www.worldbank.org

Algunos derechos reservados

1 2 3 4 20 19 18 17

Este trabajo fue publicado originalmente en 2015, en inglés, por el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como *Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries*. En caso de discrepancias, predomina el idioma original.

Esta publicación es producto de la colaboración del personal del Banco Mundial y de la OPS. Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones expresadas aquí no necesariamente reflejan los puntos de vista de la OPS y/o del Banco Mundial, su Directorio Ejecutivo o de los Gobiernos de los países a los que representan. La OPS y/o el Banco Mundial no garantizan la exactitud de los datos presentados en el presente trabajo. Las fronteras, colores, denominaciones y demás información mostrada en cualquier mapa de esta publicación no implican ningún juicio u opinión por parte de la OPS y/o del Banco Mundial en relación con la condición jurídica de un territorio, ni aval, apoyo o aceptación de dichas fronteras. En toda reproducción del presente trabajo no debe haber nada que sugiera que la OPS, el Banco Mundial o el presente trabajo avalan o respaldan a una organización, servicio o producto en específico. Este aviso debe preservarse junto con la URL original de esta publicación.

Ningún aspecto del contenido de la presente publicación constituirá o se considerará una limitación o renuncia a los privilegios e inmunidades de la OPS y/o del Banco Mundial, las cuales se reservan específicamente.

Derechos y permisos



El presente trabajo está disponible a través de la licencia de Creative Commons Attribution 3.0 IGO License (CC BY 3.0 IGO), <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/igo>. Al amparo de esta licencia de Creative Commons Attribution, usted podrá copiar, distribuir, transmitir y adaptar el presente trabajo, inclusive para fines comerciales, de conformidad con las siguientes condiciones:

Atribución – Tenga a bien citar el trabajo de la siguiente manera: Dmytraczenko, Tania y Gisele Almeida, editoras. 2017. *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados*. Direcciones en Desarrollo. Washington, DC: Banco Mundial. doi: 10.1596/978-1-4648-1177-7. Licencia: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

Traducciones – Si usted hace una traducción de este trabajo, tenga a bien agregar el siguiente aviso de exención de responsabilidad: “Esta traducción no fue realizada por la OPS y/o el Banco Mundial y no debe considerarse como una traducción oficial de la OPS y/o el Banco Mundial. La OPS y/o el Banco Mundial no asumen responsabilidad por el contenido o errores que podrían existir en la traducción”.

Adaptaciones – Si usted crea una adaptación del presente trabajo, tenga a bien agregar el siguiente aviso de exención de responsabilidad junto con la atribución: “Esta es una adaptación de un trabajo original del Banco Mundial y la OPS. Los puntos de vista y opiniones expresados en la adaptación son responsabilidad exclusiva del autor o autores de la adaptación, la cual no cuenta con el aval o respaldo de la OPS ni del Banco Mundial”.

Contenido de terceros – El Banco Mundial no necesariamente es dueño de cada componente del contenido del trabajo. Por ende, el Banco Mundial no garantiza que el uso de cualquier componente individual propiedad de terceros o parte contenida en el trabajo no viole los derechos de dichos terceros. El riesgo de demandas derivadas de tales violaciones es responsabilidad suya. Si desea reutilizar un componente del trabajo, será su responsabilidad determinar si necesita de permisos para reutilizarlo y obtener la autorización del propietario de los derechos de autor. Entre los ejemplos de componentes, podemos mencionar cuadros, gráficos o imágenes.

Toda solicitud sobre los derechos y licencias deberá enviarse a la División de Publicaciones y Conocimientos. Banco Mundial, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, EE. UU.; fax: 202-522-2625; correo electrónico: pubrights@worldbank.org.

ISBN (papel): 978-1-4648-1177-7

ISBN (electrónico): 978-1-4648-1178-4

DOI: 10.1596/978-1-4648-1177-7

Foto de portada: © Ádria de Souza/Pref.Olinda. Se utiliza bajo una licencia Creative Commons (<https://creativecommons.org/licenses/by/2.0/>). La foto original fue modificada para adaptarse a la plantilla.”

Diseño de portada: Debra Naylor, Naylor Design, Inc.

Índice

<i>Prefacio</i>	<i>xiii</i>
<i>Agradecimientos</i>	<i>xv</i>
<i>Sobre los colaboradores</i>	<i>xvii</i>
<i>Siglas y abreviaturas</i>	<i>xxiii</i>
Resumen	1
Reconocer y hacer cumplir el derecho a la salud	1
De la segmentación a la cobertura universal en salud	2
En retrospectiva: Enfoques comunes	4
Progresos en términos de alcance y equidad de los programas de salud con aumentos del gasto público	4
Variabilidad en los paquetes de beneficios y la crisis que se avecina a medida que cambian las necesidades de salud	5
Reducción de la fragmentación de los sistemas de salud	6
Separación de la financiación y la prestación de servicios en el sector público	7
De cara al futuro: La agenda inconclusa	8
Resumen por capítulo	10
Notas	13
Referencias bibliográficas	14
Capítulo 1	Introducción
	<i>Gisele Almeida y Tania Dmytraczenko</i>
	Resumen
	Nota
	Referencias bibliográficas
Capítulo 2	Establecer el contexto de las reformas para la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe
	<i>Eleonora Cavangero, Gisele Almeida, Evan Sloane Seely y Fátima Marinho</i>
	Resumen
	Introducción
	El derecho a la salud en América Latina y el Caribe

	El proceso de redemocratización en la región	25
	Crecimiento económico, distribución del ingreso y políticas sociales	28
	Transiciones e implicaciones demográficas y epidemiológicas para la CUS	34
	Prestación de los servicios de salud y su evolución hacia la universalidad	44
	¿Cómo se compara la región en el contexto global?	47
	Avances observados en LAC	51
	Notas	51
	Referencias bibliográficas	52
Capítulo 3	Políticas de cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe	57
	<i>Tania Dmytraczenko, Fernando Montenegro Torres y Adam Aten</i>	
	Resumen	57
	Introducción	57
	Marco conceptual de políticas para avanzar hacia la construcción de la CUS en la región	59
	Revisión comparativa de las políticas que impulsan la CUS en LAC	61
	Cobertura de la población	65
	Cobertura de beneficios	68
	Financiación	72
	Lecciones aprendidas de las políticas y programas que impulsan la CUS	81
	Notas	84
	Referencias bibliográficas	85
Capítulo 4	Avances hacia la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe: Resultados, utilización y protección financiera	89
	<i>Tania Dmytraczenko, Gisele Almeida, Heitor Werneck, James Cercone, Yadira Díaz, Daniel Maceira, Silvia Molina, Guillermo Paraje, Fernando Ruiz, Flávia Mori Sarti, Ewan Scott, John Scott y Martín Valdivia</i>	
	Resumen	89
	Introducción	90
	Amplitud de la cobertura	90
	Resultados en materia de salud, factores de riesgo y utilización de servicios por parte de los diversos segmentos poblacionales	100
	Protección financiera entre los grupos de ingreso	136

	Seguimiento al grado de avance por medio de indicadores sintéticos	141
	Notas	154
	Referencias bibliográficas	154
Capítulo 5	Evaluación del avance hacia la cobertura universal en salud: Más allá de la utilización y la protección financiera	161
	<i>Magnus Lindelow, Saskia Nahrgang, Tania Dmytraczenko, Fátima Marinho y Lane Alencar</i>	
	Resumen	161
	Introducción	162
	Más allá de la utilización de los servicios de salud:	
	Un marco de análisis de los problemas	164
	Cobertura universal en salud, necesidad insatisfecha y diagnóstico de enfermedades	166
	Tiempo de espera para acceder a la atención	172
	Calidad de la atención	178
	Resultados en materia de salud: ¿Por qué es importante el tratamiento oportuno y de calidad?	183
	Notas	192
	Referencias bibliográficas	195
Capítulo 6	Conclusiones	203
	<i>Tania Dmytraczenko y Gisele Almeida</i>	
	Introducción	203
	En retrospectiva: Lecciones aprendidas	206
	De cara al futuro: La agenda inconclusa	208
	Notas	211
	Referencias bibliográficas	211
Apéndice A	Metodología	213
	Introducción	213
	Referencias bibliográficas	216
Apéndice B	Definición de indicadores	217
Apéndice C	Resultados del análisis de equidad: Media nacional, media por quintiles e índice de concentración/inequidad horizontal	221
Recuadros		
4.1	Cobertura del seguro de salud en Brasil, 1998–2008	92
4.2	Resumen de la metodología	98

4.3	Mediciones de desigualdad	99
5.1	Ilustración de datos sobre necesidades insatisfechas, tomados de la OCDE y Brasil	168

Gráficos

2.1	Dictaduras en América Latina y el Caribe, 1934–1992	26
2.2	Crecimiento del PIB en América Latina y países de ingreso alto (crecimiento cíclicamente ajustado, estimado mediante filtro pasabanda)	28
2.3	Crecimiento del PIB per cápita y la pobreza en América Latina y el Caribe, 1995–2010	29
2.4	Reducción de la pobreza y crecimiento de la clase media en América Latina y el Caribe, 1992–2010	30
2.5	Cambio acumulado en desigualdad: Coeficiente Gini de 2011 en comparación con 1995	30
2.6	Gasto público en salud, educación y protección social como porcentaje del PIB, 2000–2009	32
2.7	Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2005–2012	33
2.8	Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, 2005–2012	35
2.9	Gasto total en salud per cápita por fuente (PPA en USD internacionales constantes), 2001–2012	36
2.10	Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 1995–2012	37
2.11	Esperanza de vida por país y promedio regional, 1960–2012	38
2.12	Transición demográfica por rangos de edad y país en estudio, 1950–2040	39
2.13	Transiciones epidemiológicas en América Latina y causas de muertes, 1955–2009 (o año más cercano)	41
2.14	Principales causas de muerte en América Latina y el Caribe (estandarizadas por edad), 2008	43
2.15	Gasto total en salud, real y esperado per cápita en PPA	48
2.16	Gasto público en salud, real y esperado como porcentaje del gasto público total	49
2.17	Gasto de bolsillo en salud, real y esperado como porcentaje del gasto total en salud	50
2.18	Gasto público en salud, real y esperado como porcentaje del PIB	50
3.1	Línea de tiempo: Hitos hacia la CUS en LAC	62
3.2	Cobertura de la población por tipo de régimen, 2000–2010 (o el año más cercano)	65
4.1	Cobertura de la población bajo mecanismos de fondos mancomunados con financiamiento específico, en relación con el PIB per cápita (PPA en USD actuales internacionales, 2013)	91
R.4.1.1	Cobertura de seguros médicos privados por quintil	93

4.2	Distribución de la cobertura de salud del seguro social entre los diversos grupos de ingreso	94
4.3	Tendencia en la concentración de los subsistemas de aseguramiento en salud a través de grupos de ingreso, por niveles de cobertura	95
4.4	Distribución de la población por quintil y subsistema de seguro de salud	96
4.5	Tasas de mortalidad en menores de cinco años, 1995–2012	102
4.6	Tasas de mortalidad en menores de cinco años: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)	102
4.7	Municipios ordenados por tasa de mortalidad infantil e índice de marginación, México, 2005	103
4.8	Prevalencia de enfermedades de la infancia: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)	105
4.9	Inmunización completa, tratamiento médico de las infecciones respiratorias agudas y la diarrea: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)	106
4.10	Retraso del crecimiento: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2010 (o el año más cercano)	109
4.11	Gradiente de la prevalencia de violencia infligida por la pareja en los últimos 12 meses, 2009 (o el año más cercano)	111
4.12	Consumo de alcohol, México, 2000–2012	113
4.13	Consumo de tabaco entre mujeres de 15 a 49 años: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	114
4.14	Servicios de salud materna y reproductiva: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)	116
4.15	Detección del cáncer de cuello uterino: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	118
4.16	Estado de SAH “menos que bueno”: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	120
4.17	Gradiente en el estado de SAH “menos que bueno” de 2010 (o el año más cercano)	121
4.18	Asma, depresión, diabetes y enfermedades cardíacas diagnosticadas: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	123
4.19	Tasas de mortalidad para las principales causas de muerte, por nivel educativo, Chile y México, 2010 (o el año más cercano)	126
4.20	Prevalencia de obesidad en adultos de 20 años y más, por región de la OMS y grupos de ingreso del Banco Mundial: Estimaciones estandarizadas por edad, 2008	127
4.21	Hipertensión diagnosticada y obesidad: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)	128

4.22	Detección de cáncer de mama: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	131
4.23	Gradiente en el tamizaje (detección) de cáncer de mama, 2010 (o el año más cercano)	132
4.24	Utilización de servicios ambulatorios, hospitalarios, preventivos y curativos: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)	133
4.25	Gradiente en consultas preventivas, 2010 (o el año más cercano)	134
4.26	Incidencia de los gastos catastróficos por motivos de salud, 2004–2010 (o el año más cercano)	137
4.27	Proporción de hogares con gastos catastróficos en salud comparados con el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud	138
4.28	Índice de concentración del gasto catastrófico por motivos de salud, 2004–2010 (o el año más cercano)	140
4.29	Incidencia del gasto catastrófico por motivos de salud en el 40 por ciento más pobre de la población, 2000–2010 (o el año más cercano)	141
4.30	Empobrecimiento atribuible a gastos de bolsillo en salud, 2000–2010 (o el año más cercano)	142
4.31	Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995–2010 (o el año más cercano)	143
4.32	Seguimiento a grado de avance por nivel y distribución de servicios contra las ENT, 1995–2010 (o el año más cercano)	149
5.1	Un marco simple de indicadores para evaluar la CUS	167
5.2	Diagnóstico y tratamiento de diabetes e hipertensión	170
5.3	Tiempos de espera en países seleccionados de la OCDE	175
5.4	Proporción de mortalidad por causas infecciosas evitables, 1985 y 2010, grupo etario de 0 a 14 años	188
5.5	Proporción de mortalidad por causa evitable específica, 1985 y 2010, grupo etario de 15 a 69 años	189

Cuadros

2.1	Disposiciones constitucionales e instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud en América Latina y el Caribe	23
2.2	Políticas y programas para avanzar hacia la CUS en América Latina y el Caribe	46
2.3	Países en análisis	48
3.1	Principales características de la financiación y prestación de servicios de los sistemas de salud	64
3.2	Principales características de la cobertura de población bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS	66

3.3	Principales características de los beneficios bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS	68
3.4	Principales características de la financiación bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS	74
4.1	Indicadores relevantes según etapas del ciclo de vida	100
4.2	Encuestas analizadas	101
5.1	Garantías de tiempos de espera en países seleccionados	177
5.2	Tasa de mortalidad estandarizada por causas evitables y otras causas de muerte, 1985 y 2010, grupo etario de 0 a 14 años	188
5.3	Tasa de mortalidad estandarizada por causas evitables y otras causas de muerte, 1985 y 2010, grupo etario de 15 a 69 años	190

Prefacio

En el último cuarto de siglo, los países de América Latina y el Caribe (LAC) han experimentado crecimiento en sus ingresos, con correspondientes disminuciones en los niveles de pobreza. Al mismo tiempo, las naciones han logrado mejoras en la salud y bienestar para todos los segmentos poblacionales. La esperanza de vida promedio ha mostrado un incremento significativo, más niños viven su primer y quinto cumpleaños y menos madres fallecen por complicaciones durante el parto. Sin embargo, las desigualdades en la salud persisten entre y dentro de los países, a la vez que algunos indicadores de salud permanecen en niveles inaceptables, desafiando a los sistemas de salud a desarrollar metodologías innovadoras que mejoren la capacidad de respuesta ante las necesidades cambiantes de las personas.

La cobertura universal en salud (CUS) se ha convertido en el centro de atención de la agenda de salud pública global en los últimos años. Como una de las metas generales de los sistemas de salud, la CUS muestra a los países la ruta para avanzar y abordar necesidades insatisfechas y desigualdades en la salud. El Banco Mundial ha acogido la CUS como parte de su misión de eliminar la pobreza absoluta para el año 2030 e impulsar la prosperidad compartida. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en octubre de 2014 adoptó una Estrategia Regional para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, la cual expresa el compromiso de los Estados miembros de la OPS de fortalecer los sistemas de salud, ampliar el acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad, brindar protección financiera y adoptar políticas integrales para abordar los determinantes sociales de la salud y las inequidades de la salud.

En los dos últimos años, el Banco Mundial y la OPS han desplegado de manera conjunta un esfuerzo de colaboración para examinar las diversas políticas e iniciativas de los países de LAC diseñadas para alcanzar CUS. El presente informe es uno de los productos de dicha colaboración. Contiene aportes de profesionales de ambas instituciones y ha contado con el apoyo de investigadores de varios países de la región. En el informe se arrojan luces sobre los diversos abordajes y avances que han experimentado países seleccionados en el último cuarto de siglo para aumentar la cobertura de la población, la cantidad y calidad de los servicios cubiertos y la protección financiera, con énfasis especial en la reducción de las inequidades en la salud.

En el informe se muestra que los países han alcanzado logros significativos hacia la consecución de la CUS, elevando la cobertura de la población, el acceso

a los servicios de salud y el gasto público en salud, así como reduciendo los gastos de bolsillo en salud que pueden convertirse en gastos de trascendencia catastrófica y empobrecedora para muchos hogares. En la mayoría de países se ha observado la ampliación de los servicios de salud, entre ellos servicios preventivos, curativos y especializados, mientras que la utilización se ha tornado menos desigual en el curso de los años. La brecha entre ricos y pobres también se ha ido cerrando en torno a una serie de indicadores claves de salud. Sin embargo, a pesar de todos estos avances, queda mucho por hacer para cerrar la brecha de igualdad y enfrentar los nuevos retos de salud en la región.

En vista que muchas naciones en LAC adoptan políticas, planes y estrategias para avanzar a un ritmo acelerado hacia el acceso universal a la salud y a la cobertura universal en salud, será necesario hacer evaluaciones constantes de progreso para forjar la base de evidencias que servirá para fundamentar y enriquecer los procesos de tomas de decisión a nivel nacional. Debe priorizarse el análisis de factores críticos como gobernanza y rectoría en temas como salud, participación y responsabilidad social, igualdad en el acceso a servicios con calidad, financiación de la salud y el abordaje intersectorial de los determinantes sociales de salud, entre otros.

Las políticas y estrategias nacionales que promuevan el acceso universal a la salud y a la cobertura universal en salud deberán estar firmemente ancladas a la premisa que el disfrute del más alto nivel de salud es uno de los derechos fundamentales de cada uno de los seres humanos. El presente informe reafirma que las políticas orientadas hacia el cumplimiento de la CUS pueden mejorar la equidad, promover el desarrollo y elevar la cohesión social, conllevando al fin y al cabo a una mejor salud y bienestar para todos.

Carissa Etienne
Directora
Organización Panamericana de la Salud

Jorge Familiar
Vicepresidente para la Región
de América
Latina y el Caribe
Banco Mundial

James Fitzgerald
Director del Departamento de Sistemas y
Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud

Tim Evans
Director senior de Práctica Global de
Salud, Nutrición y Población
Banco Mundial

Agradecimientos

El presente informe es la culminación de más de dos años de esfuerzo colaborativo entre el Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Ambas instituciones han acogido la cobertura universal en salud como parte integral de su labor para fortalecer los sistemas de salud y mejorar la salud de los pueblos del mundo. Los estudios realizados al amparo de este informe amplían y complementan aquellos desarrollados por el Proyecto EquiLAC de la OPS.

El equipo técnico estuvo encabezado por Tania Dmytraczenko, de Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, y Gisele Almeida, del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS. Los integrantes del equipo son: Heitor Werneck, analista de investigaciones; Eleonora Cavagnero, economista; Magnus Lindelow, jefe de programa; Fernando Montenegro Torres, economista *senior*; Evan Sloane Seely, profesional *junior* asociado; y Steven Kennedy, editor; con el apoyo logístico y administrativo de Marize de Fátima Santos, Claudia Patricia Pacheco Flórez e Isadora Nouel, asistentes administrativas. El trabajo se realizó con la valiosa orientación de Joana Godinho, gerente de Práctica, Práctica Global de Salud, Población y Nutrición del Banco Mundial, y James Fitzgerald, director del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS.

El presente estudio se deriva de un concepto originalmente desarrollado por Joana Godinho y Christoph Kurowski. Fue elevado ante la Oficina del Economista en Jefe de la Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial en julio de 2011. Las autoras agradecen al economista en jefe Augusto de la Torre y Tito Cordella por respaldar y financiar esta iniciativa. Nuestra gratitud también va para Daniel Lederman por su guía para completarla y Adam Wagstaff por iniciar la colaboración interinstitucional.

El informe toma como punto de partida los antecedentes preparados por Flávia Mori Sarti, Terry Macedo Ivanauskas, María Dolores Montoya Díaz, Antonio Carlos Coelho Campino (Brasil); Guillermo Paraje, Felipe Vásquez (Chile); Fernando Ruiz, Teana Zapata Jaramillo (Colombia); James Cercone, Silvia Molina (Costa Rica y Guatemala); Ewan Scott (Jamaica); John Scott, Yadira Díaz (México); Martín Valdivia y Juan Pablo Ocampo (Perú). También toma como base los documentos preparados bajo el liderazgo de Daniel Cotlear para la Serie de Estudios sobre la Cobertura Universal en Salud (UNICO), por Rafael Cortez, Daniela Romero (Argentina); Bernard Couttolenc,

Tania Dmytraczenko (Brasil); Ricardo Bitrán (Chile); Fernando Montenegro Torres (Costa Rica y Colombia); Oscar Bernal-Acevedo (Colombia); Christine Lao Pena (Guatemala); Shiyen Chao (Jamaica); María Eugenia Bonilla-Chacín, Nelly Aguilera (México); Pedro Francke (Perú).

El estudio se benefició con los notables aportes de Joana Godinho, Margaret Grosh, Adam Wagstaff, Caryn Bredenkamp, Leander Buisman, Michele Gragnolati, Alexo Esperato, Oce Ozcelik, Molly Bode, Victor Valdívía, Javier Vásquez, María Eugenia Bonilla-Chacín, Shiyen Chao, Katharina Ferl, André Medici, Christine Lao Pena, Fernando Lavadenz, Sunil Rajkumar, Vanina Camporeale, Luis Orlando Pérez y Dov Chernichovsky, así como de los revisores de pares Tim Evans, James Fitzgerald, Christian Baeza, Daniel Cotlear, Amalia Del Riego, Pablo Gottret, Jack Langenbrunner, Akiko Maeda, Jed Friedman, Carlos Ocke-Reis y Cristian Morales. Nos sentimos agradecidos también con Zurab Sajaia por brindarnos asistencia técnica en cuanto al software ADePT.

Sobre los colaboradores

Sobre las editoras

Tania Dmytraczenko, economista *senior* de Práctica Global de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, cuenta con amplia experiencia como investigadora y asesora técnica que ha trabajado en áreas como políticas de salud, financiación de la salud y sistemas de salud en apoyo a países de América Latina, África y Asia. Antes de formar parte del Banco Mundial, fue directora de Abt. Associates, donde brindaba asistencia técnica a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), la Organización Mundial de la Salud, el Fondo de las Naciones Unidas para la Población y proyectos del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Antes, recibió un nombramiento conjunto por parte del Departamento de Economía y el Centro para Estudios Latinoamericanos en la Universidad Tulane en Nueva Orleans, Luisiana. Posee un doctorado en economía de la Universidad de Carolina del Norte, en Chapel Hill.

Gisele Almeida es asesora de Análisis de Sistemas y Servicios de Salud y coordinadora del Proyecto EquiLAC de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Washington, DC, donde brinda cooperación técnica a países miembros en procesos de monitoreo y evaluación, uso de evidencias en políticas públicas y evaluación de desempeño de sistemas de salud. Cuenta con amplia experiencia en investigación de sistemas de salud, herramientas de gestión de sistemas de salud, métodos de evaluación y administración de proyectos. Recibió un doctorado en salud pública, con especialización en políticas de salud y una maestría en gestión de información obtenida en la Universidad George Washington. Ha publicado en libros y en revistas científicas.

Sobre los autores

Airlane Alencar obtuvo su maestría y su doctorado en estadística en el Instituto de Matemática y Estadística de la Universidad de São Paulo, Brasil. Es catedrática de estadística de la Universidad de São Paulo y su especialidad es el análisis de series de tiempo. Airlane Alencar ha estado trabajando como asesora del Ministerio de Salud en las áreas de análisis de datos y tendencias intertemporales.

Ha trabajado como consultora de la Organización Panamericana de la Salud en el análisis estadístico de las tendencias intertemporales de neumonía e influenza en varios países americanos.

Adam M. Aten es investigador del Centro Engelberg para la Reforma de Salud de la Brookings Institution, en donde se enfoca en el desarrollo de evidencias e innovación biomédica. Antes de formar parte de Brookings, fue servidor público del Departamento de Salud y Servicios Sociales que trabajó en las áreas de seguros médicos para poblaciones de bajos ingresos, sistemas digitales de información, gobernanza de la información y rentabilidad de los programas de salud pública. Recibió una maestría en salud pública de la Universidad de Des Moines, Des Moines, Iowa y una maestría en economía de la salud de la Facultad de Economía de la Universitat de Barcelona, España. También se graduó en informática de la salud pública en la Universidad Johns Hopkins.

Eleonora Cavagnero, economista que empezó a trabajar para el Banco Mundial en el año 2010. Ha trabajado en las regiones del Sur Asiático, América Latina y el Caribe. Antes de formar parte del Banco Mundial, trabajó durante seis años en el Departamento de Financiamiento de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud en Ginebra. Ha publicado numerosas obras, entre ellos libros y artículos en revistas con revisión de pares sobre la financiación de la salud, fortalecimiento de los sistemas de salud y pagos de la salud y sus impactos socioeconómicos y efectos en la pobreza, entre otros tópicos. Es de nacionalidad argentina y posee un doctorado de la Universidad de Amberes.

James A. Cercone, presidente y fundador de Sanigest Internacional, es economista matemático de la Universidad de Michigan. Durante más de 20 años, ha trabajado extensivamente con el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y otras organizaciones en una amplia gama de proyectos sociales y del sector público. Su experiencia abarca más de 60 países a través del desarrollo de sistemas de salud, establecimiento de seguros de salud y reformas de financiación, marcos de monitoreo y evaluación, análisis económicos y evaluaciones de impacto. Con frecuencia, ofrece charlas y ha publicado un sinnúmero de obras sobre la reforma del sector público, el diseño y la aplicación de los sistemas de seguros, mecanismos de asignación de recursos, administración de hospitales, contratos, monitoreo y evaluación.

Yadira Díaz es doctora en economía del Instituto de Investigación Social y Económica de la Universidad de Essex. Las áreas que ocupan su interés de investigación son pobreza, inequidad y economía de la salud, con enfoque en métodos cuantitativos. Cuenta con experiencia al haber trabajado en Colombia y otros países de América Latina y el Caribe en los últimos 14 años. Su experiencia abarca el diseño de herramientas de medición de pobreza y desigualdad, el estudio del impacto de la reforma de la salud colombiana en el uso de los servicios y condiciones de salud y el diseño de evaluaciones de impacto de políticas públicas.

Ha sido consultora de Gobiernos de países en vías de desarrollo y de organizaciones internacionales.

Magnus Lindelow coordina el programa de salud, educación, protección social y pobreza del Banco Mundial en Brasil. Tiene un doctorado en economía, obtenido en la Universidad de Oxford. En el Banco Mundial, ha participado en proyectos e investigaciones alrededor de regiones varias, entre ellas África, Sudeste Asiático y en fechas más recientes América Latina. Ha publicado libros y artículos de investigación sobre la reforma de sistemas de salud, problemas de distribución en el sector salud, finanzas públicas, prestación de servicios, pobreza y otros temas. Antes de formar parte del Banco Mundial, trabajó como economista para el Ministerio de Planificación y Finanzas de Mozambique.

Daniel Maceira tiene un doctorado en economía de la Universidad de Boston y es investigador *senior* del Centro para el Estudio del Estado y Sociedad, investigador independiente del Consejo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica y catedrático del Departamento de Economía de la Universidad de Buenos Aires, así como varios programas de posgrados en América Latina. Colabora con el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Centro Internacional de Investigación para el Desarrollo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Fundación Interamericana, la Fundación Gates, la Red de Desarrollo Mundial y el Fondo Mundial. Cuenta con numerosas publicaciones revisadas por pares y coordina proyectos de investigación en América Latina y demás países en vías de desarrollo.

Fátima Marinho obtuvo su título en medicina en la Universidad Federal de Río de Janeiro, así como su maestría y doctorado en medicina preventiva y epidemiología en la Universidad de São Paulo, donde trabajó como investigadora médica hasta que fue nombrada coordinadora de análisis epidemiológico del Ministerio de Salud de Brasil. Entre 2008 y 2012, trabajó en la Organización Panamericana de la Salud en Washington, DC, donde continúa fungiendo como asesora del Observatorio Regional de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. En el año 2014, retornó al Ministerio de Salud de Brasil y en la actualidad brinda asistencia técnica al Proyecto Carga de Enfermedad y al fortalecimiento del sistema de estadísticas vitales de Brasil.

Silvia Molina es economista de la Universidad Nacional de Costa Rica, con amplia experiencia en las áreas de planificación, contabilidad, control interno, investigación en gestión de riesgos y estadísticas. Como parte del equipo consultor de Sanigest International, colabora en investigación, análisis comparativos, preparación de documentos técnicos, planificación de encuestas y trabajo de campo, monitoreo y evaluación. Ha brindado apoyo a proyectos de salud,

educación, financiación de la salud, monitoreo, evaluación, evaluación de impactos, equidad, SIDA, reformas de salud y cobertura de seguros en América Latina y el Caribe, Asia y Europa Oriental. También ha trabajado en el Sistema de Gestión de Calidad de la firma.

Fernando Montenegro Torres, economista *senior* y doctor en medicina que ha trabajado para distintas organizaciones internacionales en políticas y proyectos de cobertura universal en salud y ha estado al frente de la cartera del sector salud que lleva el Banco Mundial en Colombia, Costa Rica y República Dominicana. Obtuvo su título en medicina en la Universidad Central de Ecuador, una maestría en sistemas de salud en la Universität Heidelberg y una maestría y doctorado en economía de la salud en la Universidad Johns Hopkins. Fernando Montenegro Torres encabeza un programa con base en resultados enfocado en enfermedades no transmisibles, así como una donación del Fondo Fiduciario Nórdico. Es miembro del equipo multisectorial del Banco Mundial que trabaja en las herramientas digitales para los sistemas de información del sector social.

Flávia Mori Sarti ha sido catedrática de economía aplicada para la gestión de políticas públicas de la Universidad de São Paulo desde 2006. Sus áreas de investigación son economía de la salud (con enfoque en políticas de salud pública y nutrición) y construcción de modelos de sistemas complejos (con énfasis en evaluación de sistemas de salud). Sus principales proyectos de investigación comprenden el diagnóstico de tecnologías aplicadas a la salud, seguridad alimentaria, políticas públicas de salud y nutrición y evaluación económica. Flávia Mori Sarti posee una licenciatura en economía, otra licenciatura en nutrición y un doctorado en Nutrición Humana Aplicada, de la Universidad de São Paulo.

Saskia Nahrgang es consejera en salud pública de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa. Estudió medicina en la Universidad Ruperto Carola de Heidelberg y posee una maestría de salud pública otorgada por la Universidad Johns Hopkins. Con el Banco Mundial, ha trabajado como especialista de salud en reformas de sistemas de salud, prestación de servicios y enfermedades crónicas no transmisibles y ha participado en proyectos llevados a cabo en Brasil, Nicaragua y Panamá. En los últimos años, ha trabajado en el diseño y evaluación de programas del sector público, planificación de políticas de salud e investigaciones en Albania, Burkina Faso, Georgia, Nepal, Tanzania, Turkmenistán y Uzbekistán.

Guillermo Paraje es economista con experiencia en áreas de desarrollo y economía de la salud. Antes de formar parte de la Universidad Adolfo Ibáñez, trabajó tres años como economista para la Organización Mundial de la Salud. Ha fungido como consultor para numerosas organizaciones internacionales y ministerios de salud. También ha publicado varios artículos investigativos en temas de economía de la salud y ha hecho presentaciones en conferencias internacionales. Asimismo, ha encabezado equipos internacionales de investigación. Recientemente formó

parte del Comité Asesor Presidencial para la Reforma del Sistema de Salud Privada de Chile. Tiene un doctorado en Economía, otorgado por la Universidad de Cambridge.

Fernando Ruiz es el viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios de Colombia. Fungió como director de Cendex, centro de investigación de servicios de salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá, Colombia, y cofundador de la Asociación Colombiana de Economía de la Salud. Ha trabajado en el diseño, gestión y evaluación de proyectos de salud en Colombia y otras naciones latinoamericanas. Recibió un MPH de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. Posee un MA en economía de la salud y un doctorado en salud pública del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Ewan Scott tiene un doctorado en economía de alimentos y de recursos, cursado en la Universidad de Florida y ha sido conferencista del Departamento de Economía del Campus San Agustín de la Universidad de las Indias Occidentales desde el año 2001. Las áreas de investigación de Ewan Scott abarcan una amplia gama de tópicos relacionados con pobreza, mano de obra, finanzas públicas y salud; se destaca su amplia colaboración activa con investigadores de otras disciplinas como medicina y agricultura.

John Scott es catedrático e investigador del Departamento de Economía del Centro de Investigación y Docencia Económica de la Ciudad de México, México, e investigador académico del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, institución pública que se encarga de la medición de la pobreza y de la evaluación de programas sociales en México. Posee una licenciatura en filosofía de la Universidad de Nueva York y una maestría en economía y estudios de doctorado en la Universidad de Oxford. Sus principales áreas de investigación son la incidencia distributiva del gasto social, análisis de pobreza y de inequidades, evaluación de políticas sociales, políticas de desarrollo rural y salud.

Evan Sloane Seely posee una maestría en salud pública obtenida en el Dartmouth College en Hanover, estado de Nueva Hampshire, y es profesional *junior* de salud del Banco Mundial, con experiencia en obesidad infantil y adolescente y Estados Frágiles. Ha sido miembro del equipo de salud del Banco Mundial para América Latina y el Caribe desde 2013.

Martín Valdivia posee un doctorado en economía aplicada de la Universidad de Minnesota. En la actualidad, es investigador principal del Grupo de Análisis para el Desarrollo en Lima, Perú. Se desempeña como director de la oficina de la Red de Investigación de Políticas Económicas y Pobreza para América Latina. Trabaja en desarrollo económico y ha hecho varios estudios sobre los determinantes sociales de salud; el más reciente se centró en temas como los efectos a largo plazo de las recesiones económicas en la salud infantil y el papel de la cultura para explicar los patrones del embarazo adolescente. Es miembro activo de

asociaciones profesionales como la Asociación de Economía de América Latina y el Caribe y la Red Global del Desarrollo.

Heitor Werneck es odontólogo con siete años de experiencia clínica atendiendo comunidades desprotegidas de Brasil. Cuenta con una maestría en salud pública obtenida en la Escuela Nacional de Salud Pública de Brasil y ahora cursa su doctorado en salud pública en la Universidad George Washington. Como parte de su preparación doctoral, trabajó como asistente de investigador con el Proyecto EquiLAC de la Organización Panamericana de la Salud. En la actualidad, trabaja para ANS, ente regulador federal brasileño que fiscaliza los seguros médicos privados en el país.

Siglas y abreviaturas

APN	atención prenatal
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CONAPO	Consejo Nacional de Población
CUS	cobertura universal en salud
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
ECV	enfermedad cardiovascular
ENDESA	Encuesta de Demografía y Salud
ENT	enfermedad no transmisible
GPS	gasto público en salud
GSP	gasto en salud pública
GTS	gasto total de salud
IC	índice de concentración
IHME	Instituto de Métrica y Evaluación en Salud
IIH	índice de inequidad horizontal
LAC	América Latina y el Caribe
MINSA	Ministerio de Salud
NHF	<i>National Health Fund</i>
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	objetivo de desarrollo del milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	organización de la sociedad civil
PAC	Programa de Ampliación de Cobertura
PIB	producto interno bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PPA	paridad del poder adquisitivo
SAH	salud autoevaluada
SRO	sales de rehidratación oral
STEMI	infarto del miocardio con elevación del segmento ST
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Resumen

Reconocer y hacer cumplir el derecho a la salud

A lo largo de las tres últimas décadas, muchos países de América Latina y el Caribe (LAC) han reconocido la salud como un derecho humano y han actuado según ese reconocimiento¹. Varios países han modificado su Constitución a fin de garantizar a sus ciudadanos el derecho a la salud. La mayoría ha ratificado las convenciones internacionales que definen la aplicación gradual y equitativa del derecho a la salud como una obligación del Estado². Sobre la base del marco jurídico ampliado que rige estos nuevos derechos, las exigencias a los sistemas de salud han aumentado en forma sostenida para que respondan mejor a la prestación de servicios médicos asequibles que satisfagan las necesidades de la población. En consecuencia, las naciones han llevado a la práctica políticas y programas encaminados a lograr la cobertura universal en salud (CUS), es decir, garantizar que todas las personas puedan recibir los servicios que necesitan sin exponerse a dificultades financieras.

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

El énfasis en la equidad no es exclusivo del sector de la salud. En el transcurso del último decenio, la región de América Latina y el Caribe, que desde mucho tiempo atrás se ha caracterizado por sus altos y persistentes niveles de desigualdad en la distribución de la riqueza, ha registrado una notable transformación social. Las políticas sociales, que abarcan reformas en el sector de la salud,

se han ejecutado en un contexto de redemocratización y crecimiento económico estable. Esto ha dado lugar a un aumento en el ingreso familiar, reducciones drásticas de la pobreza y disminución de las desigualdades económicas en la mayoría de los países. Una clase media en ascenso y un electorado competente han exigido mayores y más eficaces inversiones en el sector salud y otros sectores sociales. Una vez logradas, estas inversiones tienen el potencial de aumentar el capital humano, activar un mayor crecimiento y reducir la pobreza, creando así un ciclo virtuoso (Ferreira *et al.*, 2013).

Queda claro de investigaciones anteriores (Savedoff *et al.*, 2012) y ha sido confirmado por los resultados de este informe, que el aumento del financiamiento mancomunado y el énfasis en la equidad son condiciones necesarias para avanzar hacia la CUS. Todos los países en estudio registran un aumento del financiamiento público destinado a la salud como proporción del producto interno bruto (PIB), y la mayoría del aumento en cobertura de mecanismos mancomunados, fue financiado en gran parte, si no totalmente, con ingresos fiscales que priorizan o se destinan explícitamente a las poblaciones que carecen de capacidad de pago. En la mayoría de los países, el compromiso político se tradujo no solo en asignaciones presupuestarias más elevadas, sino también en la aprobación de leyes que protegen la financiación de la salud al establecer niveles mínimos de gasto y asignar impuestos específicos para la salud. Hasta los países que no adoptaron esas medidas permanentes se alejaron parcialmente de los presupuestos por partidas e ingresos y utilizaron las transferencias per cápita, derivadas algunas veces de cálculos de costos actuariales. Estos mecanismos reducen la incertidumbre en la financiación de la salud.

De la segmentación a la cobertura universal en salud

Durante muchos años, la mayoría de los países de LAC mantuvieron un sistema de dos niveles para la atención de salud: uno para las personas empleadas en el sector formal y otro, de atención prestada por los ministerios de salud, destinado a las personas pobres y no aseguradas (Baeza y Packard, 2006). En las décadas de 1980 y 1990, varios países (empezando por Chile, Costa Rica, Brasil y Colombia) emprendieron reformas para reducir al mínimo la fragmentación de la atención creada por estos dos niveles. Desde entonces, Argentina, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay han puesto en práctica una variedad mucho más amplia de políticas para mejorar los incentivos y el marco de gobernanza con la finalidad de mejorar la eficiencia y ampliar el acceso a la atención de salud, en particular para las personas pobres y las que se encuentran en riesgo de caer en la pobreza debido a los costos de la atención de salud. También están surgiendo nuevas versiones de las políticas en los países que fueron pioneros de esas reformas como Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica.

Después de casi un cuarto de siglo de experiencia con las reformas destinadas a hacer avanzar la CUS en LAC³, es un buen momento para evaluar el progreso logrado en el mejoramiento del acceso a los servicios de salud y en la salud de

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

En este contexto, el presente estudio aborda las siguientes preguntas:

- ¿Han reducido las reformas mencionadas la inequidad en los resultados alcanzados en materia de salud, utilización de servicios y protección financiera?
- ¿Qué medidas pueden usarse de manera confiable para hacer seguimiento en el tiempo del progreso de los diferentes países de LAC hacia la CUS?
- ¿Qué tendencias regionales, si las hubiera, surgen de la ejecución de las políticas a favor de la CUS?

Para analizar las diferentes reformas que han tenido lugar en América Latina y el Caribe y medir el avance hacia la CUS, usamos como marco de referencia el “cubo de la OMS”, propuesto por Busse, Schreyögg y Gericke (2007). Aplicamos una perspectiva de equidad para evaluar en qué medida los países están avanzando a lo largo de tres dimensiones: cobertura de la población, cobertura de servicios y protección financiera. Llegamos a la conclusión de que las tasas de utilización no son una medida suficiente para monitorear el progreso hacia la CUS. Mejoras en la disponibilidad de los servicios de salud y el hacerlos más asequibles no se traducen automáticamente en mejores resultados en materia de salud. En este orden de ideas, proponemos la implementación de mejores métodos de recolección de información y mejores mediciones de la oportunidad y la calidad de la atención. Nuestras conclusiones y recomendaciones se fundamentan en un examen detallado de la literatura y en el análisis de datos provenientes de encuestas de hogares representativas a nivel nacional.

Aunque el cubo de la OMS es un marco útil para examinar el progreso hacia la CUS, este no contempla el análisis de desempeño del sistema de salud. Una limitación del presente informe es que no presenta una evaluación integral de las políticas y de los programas destinados a fortalecer los sistemas de salud. No obstante, hemos analizado políticas y programas fundamentales encaminados a impulsar la CUS, utilizando los documentos elaborados para nueve países

de LAC (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México y Perú), como parte de la Serie de Estudios sobre la Cobertura Universal en Salud (UNICO). Para examinar la ejecución de las políticas, la Serie UNICO aplica un protocolo estructurado para revisar cinco factores: 1) manejo del paquete de prestaciones o beneficios; 2) manejo de la inclusión de grupos pobres y vulnerables; 3) mayor eficiencia en la prestación de la atención de salud; 4) abordaje de los retos de la atención primaria, y 5) ajuste de los mecanismos de financiación para alinear mejor los incentivos.

En retrospectiva: Enfoques comunes

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

Progresos en términos de alcance y equidad de los programas de salud con aumentos del gasto público

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

Desde una perspectiva financiera, las reformas han ido acompañadas por un aumento del gasto público en salud y, en la mayoría de los casos, se dio una disminución en la proporción de los gastos de bolsillo en relación con el gasto total de salud. No todas las reformas tenían como objetivo explícito la expansión de la protección financiera. Sin embargo, en la mayoría de los países se observó una

reducción de los gastos catastróficos de salud y del empobrecimiento provocado por los gastos de bolsillo para la atención de salud.

En términos de pagos catastróficos y equidad, no se observa un panorama uniforme. Esto quizás refleje las limitaciones en la medición del gasto de bolsillo, pues por ausencia de información, no contempla el gasto al que podrían haber incurrido todas aquellas personas que no buscaron atención debido a barreras financieras; tampoco hay suficientes detalles con respecto de la naturaleza del gasto, en particular, si el pago por la atención fue necesario o voluntario. Cabe señalar que, si bien la tasa de empobrecimiento debida a los gastos médicos (incluidos los catastróficos) es relativamente baja y, en general, está bajando, hay de 2 a 4 millones de personas en los países analizados que han caído en situación de pobreza debido a gastos de bolsillo en salud. A pesar de las mejoras, el gasto de bolsillo en relación con el total del gasto nacional sigue siendo relativamente alto en los países estudiados, en comparación con los promedios de la OCDE. Los gastos en medicamentos representan la mayor proporción de los pagos directos en todos los distintos grupos de ingresos, pero representan una carga muy pesada para los pobres.

Variabilidad en los paquetes de beneficios y la crisis que se avecina a medida que cambian las necesidades de salud

La cobertura nominal de servicio se ha ampliado durante el período analizado. Los regímenes subsidiados cubren las intervenciones maternoinfantiles como mínimo, mientras que la mayor parte de ellos van más allá e incluyen la atención primaria integral. La mitad de los países analizados en este estudio ofrece una amplia gama de prestaciones que van desde la atención más sencilla hasta la de mayor complejidad.

La evidencia demuestra que las inversiones realizadas para ampliar la atención de salud, especialmente para llegar a las poblaciones vulnerables, generan buenos resultados. La ampliación de los programas para impulsar la CUS ha coincidido con una reducción de la brecha entre ricos y pobres en los resultados en salud y en la utilización de servicios de salud, en particular para las metas de los ODM.

Priorizar una atención primaria que sea costo-efectiva es el denominador común en todos los países, ya sea que comiencen con un paquete reducido de beneficios que se va ampliando poco a poco (Argentina y Perú) u ofrezcan una cobertura integral desde el inicio (Brasil, Costa Rica y Uruguay). El método utilizado para priorizar la atención primaria ha mejorado la posición comparativa de los pobres, quienes tenían mayores probabilidades, en comparación con las personas más adineradas, de carecer de acceso al primer nivel de atención. La cobertura de prestaciones es más amplia en los países cuyos sistemas de salud están integrados y en los que han avanzado más en el camino hacia la integración. A pesar de que la mayoría de los países tienen una lista positiva de los servicios cubiertos, países como Brasil, Colombia y Costa Rica ofrecen beneficios flexibles.

Los países donde la cobertura de la población es mayor y el paquete de beneficios es más amplio, han logrado una utilización cuasi universal de los servicios

de salud materna, ya que virtualmente no se observa ninguna diferencia en todos los quintiles de ingresos. En los casos en que sigue existiendo un gradiente favorable a los ricos en la utilización de los servicios, este se torna más estrecho en los servicios prestados por los programas tradicionalmente verticales, como los de inmunización y de planificación familiar. El gradiente favorable a los ricos también se ha reducido al mínimo en los servicios prestados en los niveles inferiores de la red de atención en salud (por ejemplo, atención prenatal, tratamiento médico de las infecciones respiratorias agudas). Las brechas entre personas ricas y pobres son mayores en el caso de los partos que ocurren en los hospitales.

El panorama se torna más matizado y no tan positivo con enfermedades y trastornos crónicos que son las causas principales de mortalidad y morbilidad en las etapas intermedias y tardías de la vida. En la mayoría de países, la proporción de la población que dice tener un estado de salud “menos que bueno” no ha bajado de manera notable ni sistemática y el indicador está sumamente sesgado, ya que los pobres son quienes de manera uniforme reportan los peores resultados en salud⁴. Además, las afecciones crónicas diagnosticadas como la diabetes, la cardiopatía isquémica y el asma han venido aumentando en todos los grupos de ingresos de múltiples países, al igual que los factores de riesgo asociados como obesidad e hipertensión.

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

Reducción de la fragmentación de los sistemas de salud

Pocos países han seguido el camino de la integración total mediante la creación de un sistema en el cual todas las contribuciones obligatorias, ya sean financiadas a partir de los impuestos de nómina y de ingresos fiscales como en Costa Rica, o solo a partir de estos últimos, como en Brasil, se mancomunan para brindarle acceso a toda la población a través de una red común de proveedores. La mayoría de los países han optado por mantener, en mayor o menor grado, un sistema segmentado en el que existe un subsistema subsidiado en paralelo con un subsistema financiado

total o principalmente con aportes de la nómina salarial, en el que los beneficiarios, por lo general, tienen acceso a diferentes redes de proveedores.

Históricamente, ha habido marcadas diferencias en el paquete de beneficios y en la calidad de la atención a través de los diferentes esquemas. Sin embargo, en fechas más recientes, los arreglos mancomunados que han sido eficaces para reducir las disparidades en el financiamiento y la prestación de servicios a través de los subsistemas, como es el caso de Chile, Colombia y Uruguay, han sido aquéllos que: 1) ampliaron la cobertura conjunta de riesgos y facilitaron el establecimiento de subsidios cruzados entre beneficiarios contribuyentes y subsidiados; 2) fueron acompañados de regulaciones que equipararon los paquetes de beneficios; y 3) brindaron garantías explícitas para el acceso en tiempo y forma a servicios que cumplieran ciertas normas de atención (con lo cual se eliminaron los mecanismos que limitaban la atención en el sector público que disponía de pocos recursos).

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

Separación de la financiación y la prestación de servicios en el sector público

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

Al eliminar la rigidez de los presupuestos por partidas, las nuevas modalidades financieras les ofrecen a los proveedores mayor autonomía en la administración de los insumos para mejorar la eficiencia. En los sistemas descentralizados

(federales), mecanismos similares que promueven el logro de las políticas nacionales priorizadas se están aplicando a las transferencias de fondos a favor de los Gobiernos subnacionales. Aun en los países donde el volumen de recursos que fluye a través de los nuevos mecanismos es relativamente pequeño, las reformas introducen una plataforma para establecer sistemas que dependen en gran medida de adquisiciones estratégicas.

De cara al futuro: La agenda inconclusa

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

Proteger los logros alcanzados hasta la fecha y afrontar los retos que subsisten exigirá inversiones sostenidas en materia de salud. El cumplimiento del compromiso con la CUS exigirá esfuerzos concertados para mejorar la generación de ingresos de una manera fiscalmente sostenible y aumentar la eficiencia de los gastos. Ambas acciones revisten una importancia particular debido a la transición demográfica que muchos países empiezan a enfrentar y los retos que esta conlleva en términos de aumentos graduales en las tasas de dependencia poblacional y, con el tiempo, la disminución en las bases tributarias.

En toda la región, los países han aumentado los fondos públicos para el sector salud, aunque estos gastos todavía representan menos del 5 por ciento del PIB en la mitad de los países del estudio⁵. No obstante, en ocho de los diez países, el sector de la salud ya absorbe más del 15 por ciento del presupuesto público (el promedio de la OCDE) y, en tres de los ocho, la proporción supera el 20 por ciento. Esto es motivo de preocupación porque los países de ingreso mediano de la región tal vez no dispongan del espacio fiscal para permitir que los gastos en salud aumenten más rápido que el crecimiento económico.

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

Aunque la asignación específica de ciertos impuestos a las actividades relacionadas con la salud se ha utilizado mucho en la región para financiar la ampliación de la cobertura, este tipo de medida puede reducir la flexibilidad para reasignar recursos que satisfagan las necesidades cambiantes de la población en todos los sectores. Independientemente de la fuente, la recaudación de nuevos impuestos para el sector de la salud será difícil en algunos países, como Argentina y Brasil, donde la carga tributaria ya se encuentra en los niveles de la OCDE⁶.

Mejora de la eficiencia del gasto en salud

Aunque no cabe duda que priorizar una atención primaria costo-efectiva y las reformas para la mancomunación de fondos y de compras contribuye a elevar la

eficacia de las inversiones en salud, todavía queda mucho por hacer para controlar el aumento de los costos y mejorar la eficiencia del gasto.

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

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

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

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

Para mantener el esfuerzo de proporcionar atención de salud asequible a toda la población ante estas incertidumbres, los países tendrán que permanecer

atentos tanto en la captación de contribuciones de quienes pueden pagar, pero no están dispuestos a hacerlo voluntariamente, como en la focalización de subsidios públicos para aquellos que no pueden pagar. La obligatoriedad de los pagos, al igual que la provisión de subsidios son ambas condiciones necesarias (y suficientes) para lograr la cobertura universal (Fuchs, 1996).

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

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

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

Resumen por capítulo

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

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

Los resultados indican que, en general, los diez países del estudio están rezagados con respecto a los países de la OCDE de elevado desempeño, pero están más adelantados con respecto a la mayoría de los países menos desarrollados. Los países de LAC también han mostrado una tendencia a tener un desempeño mejor de lo previsto, lo que puede atribuirse en parte a mejores políticas públicas y al aumento del gasto en salud pública. La región sigue mostrando mejores resultados en materia de salud, tendencias positivas y economías más fuertes. Sin embargo, a pesar de los avances, la desigualdad sigue siendo alta. Para contrarrestar la desigualdad, los países deben mantener su estabilidad macroeconómica y vigilar los cambios demográficos, que aumentan las exigencias a favor de una cobertura de salud más integral. La región debe encontrar una manera de seguir creciendo. Es casi seguro que ocurra una desaceleración del crecimiento poblacional observado en las últimas décadas, pero los países seguirán envejeciendo, lo que obliga a la región a tornarse más creativa a fin de mantener la ampliación de las políticas que impulsan la CUS para atender tanto las enfermedades no transmisibles como las infecciosas. Las enfermedades no transmisibles plantean retos tanto para la prestación como para la financiación de la atención de salud debido a las transiciones epidemiológicas en curso y al aumento de las poblaciones que están envejeciendo. Los países de América Latina y el Caribe deben enfrentar el reto de mantener el progreso ya logrado, aumentar el acceso equitativo a los servicios de salud y mejorar su calidad. El trabajo mancomunado de organismos públicos, comunidad académica y sector privado puede hacer frente a las limitaciones principales del avance hacia la CUS.

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

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

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

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

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

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

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

Los gastos catastróficos de salud han descendido en la mayoría de los países. No obstante, el panorama con respecto a la equidad, no es claro, lo que apunta a limitaciones en la medición.

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

Las evaluaciones de la CUS tienden a centrarse en la utilización de servicios de salud, los derechos formales o elegibilidad para tener acceso a los servicios y en las medidas de protección financiera. Pero, si nuestra preocupación es evaluar en qué medida todas las personas pueden conseguir la atención de salud que necesitan sin dificultades financieras, los indicadores usados en estas áreas tienen limitaciones importantes. En efecto, la ampliación de la cobertura en atención de salud, entendida como mejoras en la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud, no se traduce automáticamente en mejores resultados en materia de salud. En este sentido, en el capítulo 5 se complementan el análisis de los modelos de utilización, cobertura y protección financiera en LAC, mediante un examen de lo que se conoce acerca de los vínculos entre la utilización y los resultados en materia de salud. Para ello, se consideran las preguntas de la necesidad insatisfecha en atención de salud, si la atención se brinda a tiempo y la calidad de los servicios. Estas son áreas en las que la medición tiende a ser más difícil, en comparación con la utilización de los servicios y la protección financiera. No obstante, aunque los datos rutinarios y comparables en todos los países son escasos, los estudios y los datos de monitoreo de algunos países seleccionados aportan una imagen que basta para destacar la importancia de estos temas y cabe esperar que propenda por el desarrollo de métodos más sistemáticos para la recolección y análisis de datos de la oportunidad y la calidad de la atención en salud en la región.

Capítulo 6: Conclusiones

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

Notas

1. El establecimiento de un derecho constitucional o legal a la salud refleja el compromiso político. Sin embargo, los derechos no se traducen automáticamente en una mayor cobertura y quizá no sean una condición suficiente para lograrla. De hecho, varios países de la región e incluso fuera de esta que se consideran más avanzados en la ruta hacia la CUS no han consagrado en su Constitución el derecho a la salud. Es el caso de Costa Rica y Canadá.
2. Nos referimos aquí a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, (Pacto de San José de Costa Rica) y al Protocolo de San Salvador.
3. Usamos “hacer avanzar la CUS” como una forma abreviada de “hacer avanzar la meta de la CUS”.
4. Hay limitaciones graves para analizar las diferencias en los resultados en materia de salud de los adultos por estratos socioeconómicos. Los datos para el análisis de las

tendencias de mortalidad provienen en general de estadísticas del registro civil que no suelen contener información sobre la situación socioeconómica. El logro educativo puede usarse como sustituto, pero entre los países estudiados, solo Chile y México tenían datos fidedignos para ser utilizados en este tipo de análisis. El estado de salud autoevaluado es un indicador que tiene sus deficiencias, pero se mide en las encuestas examinadas (Lora, 2012).

5. Por debajo de un umbral del 5 al 6 por ciento del gasto público como proporción del PIB, los países tienen dificultades para garantizar la cobertura de servicios de salud para los pobres (OMS, 2010).
6. Los ingresos fiscales como proporción del PIB son del 36 y 37 por ciento, respectivamente, en Brasil y Argentina en comparación con el promedio de la OCDE del 34 por ciento.

Referencias bibliográficas

- Baeza, C. y T. Packard (2006), *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Busse, R., J. Schreyögg y C. Gericke (2007), "Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach", documento para discusión HNP, Washington, DC: Banco Mundial.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J. Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, Nayu Ikeda, Catherine Kyobutungi, Kelias P. Msyamboza, Sophal Oum, John W. Lynch, Michael G. Marmot y Majid Ezzati, en nombre del Grupo de Acción en ENT del Lancet (2013), "Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses", *The Lancet* 381 (9866): 585–97.
- Ferreira, F. H. G., J. Messina, J. Rigolini, L. F. López-Calva, M. A. Lugo y R. Vakis (2013), *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Fuchs, Victor (1996), "What Every Philosopher Should Know about Health Economics", *Proceedings of the American Philosophical Society* 140 (2): 186–96.
- Lora, Eduardo (2012), "Health Perceptions in Latin America", *Health Policy and Planning* 27 (7): 555–69.
- Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud) (2010), *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud) (2014), *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud*, 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, Washington, DC: OPS (documento CD53/5, rev. 2).
- Reyes, A., M. Hallward-Driemeier y C. Pagés (2011), "Does Expanding Health Insurance beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular", documento de trabajo sobre investigación de políticas 5785, Washington, DC: Banco Mundial.
- Savedoff, William, David de Ferranti, Amy L. Smith y Victoria Fan (2012), "Political and economic aspects of the transition to Universal Health Coverage", *The Lancet* 380 (9845): 924–32.

Introducción

Gisele Almeida y Tania Dmytraczenko

Resumen

Los países en América Latina y el Caribe (LAC) de manera progresiva han ido adoptando la noción de la salud como un derecho humano. Muchos han reformado sus constituciones para garantizarles a sus ciudadanos el derecho a la salud. La mayoría ha ratificado convenciones internacionales que definen la implementación progresiva y equitativa del derecho a la salud como una obligación del Estado¹. En un esfuerzo por hacer realidad dicho derecho, los países ponen en práctica políticas y programas para lograr la cobertura universal en salud (CUS), es decir, garantizan que todas las personas puedan obtener los servicios que necesitan sin incurrir en penurias financieras. El objetivo fundamental de la CUS es mejorar la salud de toda la población, sin excluir a nadie, mediante servicios de salud de calidad sin que experimenten dificultades financieras.

LAC posee un largo historial de políticas de salud aplicadas para ofrecer la CUS prometida. En las décadas de 1980 y 1990, una serie de países emprendieron reformas con el objetivo de minimizar la fragmentación de la financiación de la salud y la atención introducida a través de sistemas de dos niveles, existentes entonces. Las primeras políticas habían creado sistemas con un nivel para los empleados del sector formal y el otro manejado por los ministerios de salud, especialmente para los pobres y no asegurados (Baeza y Packard, 2006). La mayor parte de dichas políticas fracasaron en reducir la fragmentación. Esta primera ola de reformas se inició en Chile, Costa Rica, Brasil y Colombia. Desde entonces, los países de la región han implementado una amplia gama de políticas. El objetivo ha sido mejorar los incentivos y el marco de gobernanza con la finalidad de elevar la eficiencia y ampliar el acceso equitativo a la atención de salud, especialmente en aquellos segmentos pobres o en riesgos de empobrecerse por gastos en salud excesivos. Estas reformas tienen lugar en Argentina, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay; nuevas iteraciones de políticas están emergiendo en las naciones precursoras de las reformas, tales como Brasil, Chile, Colombia y Costa Rica.

El énfasis en la equidad no es exclusivo del sector salud. En la última década, LAC, una región asediada por desigualdades persistentes en la distribución de la riqueza, ha sido testigo de una dramática transformación social. Millones de personas han salido de las filas de los pobres y forman parte ahora de la clase media (Ferreira *et al.*, 2013). Este fenómeno se ha visto impulsado por el cambio en las políticas gubernamentales que en actualidad se inclinan en favor de la prestación de programas sociales, lo cual junto con la estabilidad económica se han articulado para generar mayores ingresos y menor desigualdad en los ingresos. Las reformas de salud que promueven la universalidad a través de la inclusión de los pobres deben verse en este contexto.

Después de casi un cuarto de siglo de experiencias con reformas destinadas a cristalizar la CUS en LAC, ahora es un momento oportuno de evaluar el grado de éxito que han tenido los países para mejorar la salud de sus poblaciones. Lo anterior adquiere mayor importancia a la luz del ímpetu mundial en favor de la CUS, impulso que ha crecido en fortaleza desde la publicación del *Informe sobre la salud en el mundo: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal* (OMS, 2010). La adopción en 2011 de la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud, WHA64.9, instando a los países a que procuren alcanzar la cobertura y el acceso universal y asequible, representa evidencia adicional de los logros alcanzados. En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas instó a los Estados miembros a hacer la transición hacia la cobertura universal, recomendando considerar la inclusión de la CUS en la agenda de desarrollo 2015 (A/67/L.36). En 2014, los miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por decisión unánime aprobaron una resolución para implementar la Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal en Salud (OPS, 2014). El Banco Mundial ha acogido a la CUS como parte integral de su misión de eliminar la pobreza absoluta en 2030 y de impulsar la prosperidad compartida.

Al revisar las experiencias de LAC, el presente estudio espera contribuir a la base de conocimientos mundiales sobre los caminos que conducen a la CUS. Los principales objetivos de este informe son: 1) describir las reformas impulsadoras de la CUS que se han puesto en práctica en la región; 2) medir el grado de avance de esta meta. Buscamos cómo responder las siguientes preguntas: ¿han reducido las reformas la inequidad en los resultados alcanzados en materia de salud, utilización de servicios y protección financiera? ¿Qué medidas se pueden utilizar de manera confiable en todos los países para monitorear en el tiempo el progreso hacia la cobertura universal? ¿Qué tendencias regionales, de existir, emergen de la aplicación de políticas para impulsar la CUS?

Para analizar la gama de reformas en LAC y cuantificar el avance hacia la CUS, el presente informe utiliza como marco de referencia el “cubo de la OMS” propuesto por Busse, Schreyögg y Gericke (2007), el cual aparece en el Informe sobre la salud en el mundo 2008 y en una versión con ligeros cambios en el Informe de 2010. Aplicamos una lente de equidad para determinar cómo los países manejan el avance hacia la CUS en tres dimensiones: cobertura de la población, cobertura del servicio y protección financiera. Incluso, postulamos que de

manera implícita en la definición del CUS está la noción que la población debe tener acceso a servicios de calidad que resuelvan sus necesidades de salud. Al momento de monitorear el grado de avance hacia la CUS, concluimos que no es suficiente hacer seguimiento a las dimensiones utilización y protección financiera. Mejoras en la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de salud no se traducen automáticamente en mejores resultados en materia de salud. La región necesita elaborar metodologías más sistemáticas para recolectar y divulgar información que permita medir la oportunidad y la calidad de la atención.

Si bien el cubo de la OMS es un marco útil para examinar el progreso hacia la CUS, este no contempla el análisis de desempeño del sistema de salud. Una limitación del presente informe es que no presenta una evaluación integral de las políticas y de los programas destinados a fortalecer los sistemas de salud; no revisa los aspectos de gobernanza, fuerza laboral del sector salud o productos/tecnologías médicas. Asimismo, el informe no analiza a profundidad los elementos de eficiencia y sostenibilidad, a pesar que estas áreas merecen crucial atención en caso que los países de la región esperen preservar los logros ya alcanzados y a la vez avancen todavía más hacia el cumplimiento del derecho a la salud.

En vista que la comunidad internacional se prepara para la Cumbre Mundial 2015, la cual definirá los objetivos y metas para la era post objetivos de desarrollo del milenio, esperamos ilustrar la factibilidad y subrayar los desafíos que implica darle seguimiento a los indicadores que van más allá de los agregados nacionales. Tomamos como base estudios previos al demostrar que, a pesar de los obstáculos, los países sí pueden medir los avances alcanzados en protección financiera y utilización de los servicios —en varias etapas del curso de vida— mediante la utilización de las existentes y rutinarias encuestas nacionales de hogar (Almeida *et al.*, 2013; Barraza-Lloréns, Panopoulou y Díaz, 2013; Bredenkamp *et al.*, 2012; Gómez, Jaramillo y Beltrán, 2013; Knaul, Wong y Arreola-Ornelas, 2012; Petrera, Martín y Almeida, 2013; Scott y Theodore, 2013; Vásquez, Paraje y Estay, 2013).

Además de analizar la literatura y los datos, los autores se sustentan en los antecedentes documentales producidos para nueve países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México y Perú) como parte de la Serie de Estudios UNICO sobre la cobertura universal en salud. La Serie UNICO aplica un protocolo estructurado para revisar políticas aplicadas a: 1) gestionar el paquete de prestaciones o beneficios; 2) gestionar la inclusión de grupos pobres y vulnerables; 3) mejorar la eficiencia en la prestación de la atención de salud; 4) abordar los retos de la atención primaria, y 5) ajustar los mecanismos de financiación para alinear mejor los incentivos.

Las políticas de salud no ocurren en el vacío. Están delimitadas por sus entornos políticos, económicos, demográficos y epidemiológicos. En el capítulo 2 se describe el surgimiento de la CUS en el contexto de la salud como un derecho humano fundamental. Asimismo, en este capítulo se describe cómo la democratización, un compromiso para llevar a cabo las políticas sociales, y el crecimiento económico sostenido y más equitativo observado en la década anterior contribuyeron todos a la concreción progresiva del derecho a la salud.

En el capítulo 3 se ofrece un análisis comparativo de las políticas que impulsan la cobertura universal en salud (CUS) en la región, identificando las características comunes en todos los países. En el capítulo 4 presentamos los resultados de nuestra medición de avance hacia la CUS en los nueve países estudiados. El capítulo comienza con la descripción de los niveles de cobertura de la población a través de un variopinto de regímenes, seguido de un análisis sobre cómo los resultados en salud, la cobertura del servicio y la protección financiera han cambiado con el paso del tiempo y entre grupos socioeconómicos. En el capítulo 5 se complementan dichos análisis con una revisión sobre lo que se conoce sobre la relación entre los resultados de utilización y los resultados en materia de salud. Al hacerlo, se abordan brevemente las preguntas sobre necesidades insatisfechas en cuanto a prestación, oportunidad y calidad de la atención en salud. En el capítulo concluyente se resumen los principales hallazgos, se analizan las implicaciones de las políticas y se señalan las áreas donde se requieren mayores esfuerzos de investigación.

Nota

1. Nos referimos aquí a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, (Pacto de San José de Costa Rica) y al Protocolo de San Salvador.

Referencias bibliográficas

- Almeida, G., F. Mori Sari, F. F. Ferreira, M. D. Montoya Díaz y A. C. Campino (2013), "Analysis of the Evolution and Determinants of Income-Related Inequalities in the Brazilian Health System, 1998–2008", *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 90–7.
- Baeza, C. y T. Packard (2006), *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Barraza-Lloréns, M., G. Panopoulou y B. Y. Díaz (2013), "Income-Related Inequalities and Inequities in Health and Health Care Utilization in Mexico, 2000–2006", *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 122–30.
- Bonilla-Chacín, M. E. y N. Aguilera (2013), *The Mexican Social Protection System in Health*, Serie de Estudios UNICO 1, Banco Mundial, Washington, DC.
- Bredenkamp, C., A. Wagstaff, L. Buisman y L. Prencipe (2012), *Health Equity and Financial Protection Datasheets: Latin America*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Busse R., J. Schreyögg y C. Gericke (2007), "Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach", documento para discusión HNP, Banco Mundial, Washington, DC.
- Chao, S (2013), *Jamaica's Effort in Improving Universal Access within Fiscal Constraints*, Serie de Estudios UNICO 6, Banco Mundial, Washington, DC.
- Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Ginebra: OMS.

- Ferreira, F. H. G., J. Messina, J. Rigolini, L. F. López-Calva, M. A. Lugo y R. Vakis (2013), *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Gómez, F. Ruiz, T. Zapata Jaramillo y L. Garavito Beltrán (2013), “Colombian Health Care System: Results on Equity for Five Health Dimensions, 2003–2008”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 107–15.
- Knaul, F. M., R. Wong y H. Arreola-Ornelas, eds. (2012), *Household Spending and Impoverishment*, vol. 1 de *Financing Health in Latin America Series*, Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, en colaboración con la Fundación Mexicana para la Salud y International Development Research Centre, distribuido por Harvard University Press.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010), *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud) (2014), *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud*, 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, Washington, DC: OPS (documento CD53/5, rev. 2).
- Petrera, M., V. Martín y G. Almeida (2013), “Equity in Health and Health Care in Peru, 2004–2008”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 131–6.
- Scott, Ewan y Karl Theodore (2013), “Measuring and Explaining Health and Health Care Inequalities in Jamaica, 2004 and 2007”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 116–21.
- Vásquez, F., G. Paraje y M. Estay (2013), “Income-Related Inequality in Health and Health Care Utilization in Chile, 2000–2009”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 98–106.

Establecer el contexto de las reformas para la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe

Eleonora Cavangero, Gisele Almeida, Evan Sloane Seely y Fátima Marinho

Resumen

En las últimas décadas, la cobertura universal en salud ha surgido en un contexto donde se considera a la salud como un derecho humano fundamental y que va ligado íntimamente a amplias reformas sociales destinadas a mejorar las condiciones de vida y el acceso a la salud de los grupos vulnerables. Estas reformas sociales se dieron en paralelo con un proceso de democratización y durante un período de crecimiento económico sostenido y de mejoras en equidad en la región. Las políticas sociales, incluyendo aquellas que ampliaron la cobertura y el acceso a los servicios de salud y que aseguraron la protección financiera para la población, han surgido como un tópico importante en la agenda política. Los cambios demográficos han incentivado las demandas sociales en pos de una cobertura más integral de salud y de servicios para lidiar con el aumento de las enfermedades y dolencias crónicas, las cuales representan desafíos especiales para el sistema de salud y su sostenibilidad financiera.

Introducción

La ruta hacia la cobertura universal en salud (CUS) en América Latina y el Caribe (LAC) tiene un largo y diverso historial, marcado por hitos importantes. Aunque no sean comunes para todos los países, cuatro factores garantizaron el advenimiento de la CUS. Ellos son: 1) la promulgación de instrumentos jurídicos nacionales e internacionales; 2) el establecimiento de la democracia; 3) el sólido crecimiento económico; 4) el compromiso político para mejorar las condiciones de salud de la población al incrementar su acceso a la atención de salud.

El derecho a la salud en América Latina y el Caribe

Entre 1946 y 1966, el derecho a la salud quedó inscrito en los instrumentos internacionales más importantes, desde la Constitución de la Organización Mundial de la Salud hasta la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Dichos instrumentos se tornaron la columna vertebral de importantes estrategias internacionales que buscaban cómo mejorar las condiciones de salud de la población e inspiraron la inclusión del derecho a la salud en muchas constituciones nacionales, estableciendo un compromiso entre los Gobiernos y sus ciudadanos y promoviendo el cumplimiento y ejercicio de dichos derechos.

El compromiso con el derecho a la salud se inició hace más de 68 años, en 1946, cuando fue reivindicado como un derecho social en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual establece que “[el] goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (OMS, 1946). La Constitución de la OMS entró en vigencia en 1948, el mismo año en que el derecho a la salud fue proclamado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH). Esta histórica declaración de las Naciones Unidas fue aprobada con el voto de 48 países del mundo (19 eran de América Latina y el Caribe; ver cuadro 2.1), uniendo a países de los bloques oriental y occidental divididos por la Segunda Guerra Mundial, pero comprometidos a garantizar los derechos humanos inalienables de sus pueblos. El artículo 25 de la Declaración, el cual señala que “[t]oda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”, arrojó importantes orientaciones normativas para las políticas públicas y sistemas de salud, allanando el camino hacia la meta de la CUS (Naciones Unidas, 1949).

El derecho a la salud fue codificado en 1966 con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), el cual declaraba el “derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En la actualidad firmado, ratificado o adherido por todos los países de LAC, excepto por tres naciones (cuadro 2.1), el PIDESC define las siguientes cuatro medidas, que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho: 1) reducción de la mortalidad fetal e infantil, y provisión del sano desarrollo de los niños; 2) mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; 3) prevención y tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y lucha contra ellas; 4) creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Naciones Unidas, 1976).

Cuadro 2.1 Disposiciones constitucionales e instrumentos internacionales sobre el derecho a la salud en América Latina y el Caribe

<i>País</i>	<i>Derecho constitucional a la salud</i>	<i>Declaración Universal de los Derechos Humanos^a</i>	<i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales^b</i>
Antigua y Barbuda			✓
Argentina		✓	✓
Bahamas			✓
Barbados			✓
Belize			✓
Bolivia	✓	✓	✓
Brasil	✓	✓	✓
Chile	✓	✓	✓
Colombia		✓	✓
Costa Rica		✓	✓
Cuba	✓	✓	✓
Dominica			✓
Dominicana, República	✓	✓	✓
Ecuador	✓	✓	✓
El Salvador	✓	✓	✓
Granada			✓
Guatemala	✓	✓	✓
Guyana	✓		✓
Haití	✓	✓	✓
Honduras	✓		✓
Jamaica			✓
México	✓	✓	✓
Nicaragua	✓	✓	✓
Panamá	✓	✓	✓
Paraguay	✓	✓	✓
Perú	✓	✓	✓
Saint Kitts y Nevis			
Santa Lucía			
San Vicente y las Granadinas			✓
Suriname	✓		✓
Trinidad y Tabago			✓
Uruguay	✓	✓	✓
Venezuela, R. B. de	✓	✓	✓

Fuentes: OPS (2010); Naciones Unidas (1949), sin fecha.

Nota: El cuadro incluye solo los países independientes y Estados insulares de la región de América Latina y el Caribe.

a. Cuando la Declaración Universal de los Derechos Humanos fue redactada en 1948, la mayoría de las islas caribeñas angloparlantes, Guyana y Suriname no eran en ese momento independientes y por lo tanto no podían votar.

b. Belice y Cuba suscribieron el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pero no lo han ratificado o adherido. La firma expresa la intención de convertirse en una parte del Pacto, mientras que la ratificación y la adhesión implican la obligación legal de aplicarlo.

Desde la década de 1970, respaldado por la adopción de los instrumentos internacionales mencionados, el derecho a la salud se convirtió en la piedra angular jurídica de las estrategias importantes de la OMS y de sus oficinas regionales, desde la iniciativa “Salud para Todos en el Año 2000” establecida en el marco de la Declaración de Alma-Ata de 1978, hasta la “Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal en Salud” de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), lanzada en 2014. Aprobada unánimemente por los Estados miembros, la estrategia señala cuatro maneras de avanzar hacia la meta del acceso universal a la salud y a la cobertura universal en salud, promoviendo al mismo tiempo el derecho a la salud: 1) ampliación del acceso equitativo a servicios integrales y de calidad de salud centrados en las personas y en la comunidad; 2) fortalecimiento de la rectoría y la gobernanza; 3) aumento y mejoramiento del financiamiento con equidad y eficiencia para avanzar hacia la eliminación del pago directo en los centros de prestación de servicios de salud; 4) fortalecimiento de la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de salud (OPS, 2014).

A pesar del decidido apoyo internacional, la DUDH (y asimismo el PIDESC) no otorga derechos constitucionales a los ciudadanos de los Estados signatarios en América Latina. Argentina es la única excepción, puesto que les da a estos y a los demás tratados internacionales el mismo rango jurídico de su constitución nacional (Zúñiga, Marks y Gostin, 2013). Diecisiete de los veinte países de la región han consagrado el derecho a la salud en sus cartas magnas (ver cuadro 2.1). Aquellos que no han extendido el derecho a la salud a sus ciudadanos, sí han extendido derechos afines, como el derecho a la vida (atención del VIH y cáncer): tal es el caso de Colombia y Costa Rica, los cuales se ejecutan a través de procesos judiciales. La sentencia T-760/2008 que marcó un hito en Colombia, consolidó las demandas por el derecho a la salud, señalando la necesidad de contar con reformas que abordaran las deficiencias del sistema de salud que estaban conduciendo a excesivas disputas legales. Los juzgados colombianos estaban procesando unos 90 000 casos de reclamos de derechos a la salud al año. Aproximadamente, el 80 por ciento de los casos se juzgaron a favor de aquellos sin recursos para costear atención, inclusive a aquellos que solicitaban: 1) el derecho a la vida (tratamientos contra el VIH/SIDA y cáncer); 2) asistencia para la atención de enfermedades que aflijan a embarazadas, niños y ancianos; 3) beneficios de salud asignados a las personas bajo el sistema obligatorio o subsidiado (Yamin y Parra-Vera, 2009). La sala constitucional de Costa Rica ha defendido de manera consecuente el derecho a la vida en los casos atendidos, de conformidad con lo señalado en el artículo 21, el cual reconoce la vida humana como inviolable y garantiza el derecho a la protección de la salud (Sáenz, Bermúdez y Acosta, 2010).

No obstante, los derechos esenciales, constitucionales y de otra índole no se traducen de manera automática en acciones que salvaguarden la salud de las personas. La información recopilada de un número de países sugiere que

incluso las naciones con derechos a la salud, consagrados en sus constituciones y firmantes de tratados internacionales sobre derechos humanos, enfrentan dificultades para crear las transformaciones en los sistemas de salud, necesarias para mejorar la atención de todos los ciudadanos (World Policy Forum, 2014; Zúñiga, Marks y Gostin, 2013). Cuando a las personas se les niega el derecho a la salud, los marcos legales les permiten encontrar protección jurídica. En estas situaciones, los juzgados se han convertido en los garantes no solo del derecho a la salud, sino también del grado de transparencia del Gobierno: por ejemplo, los crecientes números de procesos judiciales de salud interpuestos en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y Uruguay. A pesar que las litigaciones juegan un papel legítimo para hacer valer el derecho a la salud, algunas consecuencias distribucionales no intencionales también se presentan. La evidencia sugiere que los procesos legales se originan en individuos y regiones que gozan de mejores condiciones, lo cual tiene sentido. Aquellos que ya disfrutaban de un mejor acceso a los servicios de salud también tienen mejor acceso al sistema judicial, como reflejo de las desigualdades observadas en todos los estratos de la sociedad (Iunes, Cubillos-Turriago y Escobar, 2012).

A pesar de la ausencia de derechos constitucionales o legales a la salud en otros países (Canadá, Holanda y Reino Unido, por señalar tres ejemplos notables), estas naciones no los han excluido de programas e iniciativas destinados a fortalecer los sistemas nacionales de salud, a abordar los determinantes sociales de salud y a producir excelentes resultados en salud para sus poblaciones. Salvaguardar los derechos constitucionales o legales a la salud, si bien es importante, quizá sea insuficiente en sí. En América Latina, la democratización y la creciente participación social también han sido factores esenciales que han impulsado a los Gobiernos a ejecutar programas nacionales para mejorar los servicios de salud y la protección financiera. La adopción de dichas políticas se vio facilitada por un período de estabilidad económica.

El proceso de redemocratización en la región

Después de dos décadas de dictaduras en la región, la democracia empezó a reestablecerse en la década de 1980, lo cual dio como resultado un período aproximado de 25 años de democracia ininterrumpida que trajo consigo importantes reformas institucionales en los Gobiernos y participación social en la formulación de políticas de rediseño de la agenda política. La democratización incluso permitió la creación de organizaciones de la sociedad civil, las cuales han jugado un papel fundamental en garantizar que el Gobierno responda a las necesidades y demandas de la población.

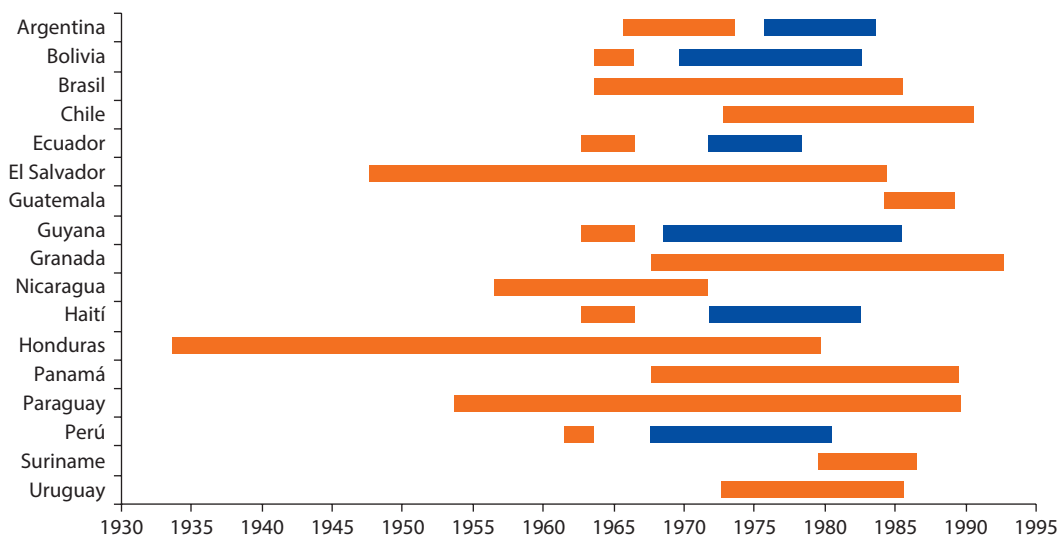
En la década de 1960, cuando estaban en proceso de redacción los instrumentos que consagran el derecho a la salud y fueron presentados a la comunidad internacional, los regímenes dictatoriales se habían esparcido en toda América Latina.

Tal como lo muestra el gráfico 2.1, entre 1960 y 1985, 13 países recorrieron la transición de democracias a dictaduras, siendo la mayoría regímenes militares. Las islas caribeñas angloparlantes, las cuales pasaron de colonias a democracias en el mismo período han permanecido como tales, salvo Granada y Suriname, los cuales experimentaron períodos de dictadura entre 1979 y 1983 y 1980 y 1986, respectivamente.

Las transiciones de regímenes democráticos a dictatoriales no son exclusivas de América Latina. Muchos países en Europa y Asia también pasaron de la democracia a dictaduras, inclusive aquellos con sólidos historiales de Gobiernos democráticos, como India y Filipinas. De igual modo, Chile y Uruguay tenían regímenes democráticos de vieja data antes de recaer en dictaduras militares (Huntington, 1991).

En la década de 1970, solo Colombia, Costa Rica y la República Bolivariana de Venezuela tenían Gobiernos democráticos. En contraste, para 1992, todos los países de LAC tenían regímenes democráticos. Solo Cuba y Haití presentaban un sistema unipartidista (Mainwaring y Pérez-Liñán, 2005). La restauración de la democracia en la región se inició en 1979 en Ecuador, seguido por Perú, Honduras, Argentina, El Salvador, Brasil, Uruguay y Guatemala a comienzos de la década de 1980 y de Panamá, Paraguay, Chile y Guyana a finales de esa década y comienzos de la de 1990. Este movimiento hacia la democracia generó importantes reformas sociales y un período de progreso sostenido que reconfiguraron el desarrollo político, económico y

Gráfico 2.1 Dictaduras en América Latina y el Caribe, 1934–1992



Fuentes: Cálculos del Banco Mundial con información tomada de Anderson, 1988; Catoggio, 2010; Conaghan y Espinal, 1990; Dangl, 2007; Doumerc, 2003; Harding, 2006; Kolb, 1974; Lambert, 2000; Rutgers y Rollins, 1998; Schiller, 2005; Singh, 2008; Skidmore, 2009; Sondrol, 1992; Valenzuela y Valenzuela, 1986; Youngers, 2000.

Nota: Argentina, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Perú experimentaron dos períodos de dictaduras.

social de la región. La democratización de América Latina y el Caribe se ha dado como parte de una tercera ola de democratización a nivel mundial desde el siglo XIX: la primera se dio entre 1828 y 1926, y la segunda entre 1943 y 1962 (Huntington, 1991).

La región ha disfrutado casi 25 años de democracia ininterrumpida, el período más prolongado de democracia hasta el momento. Los países no democráticos son una rareza en la región. Algunos autores aducen que el éxito regional prolongado de la democracia se debe a: 1) la disminución de la polarización entre puntos de vista políticos antagónicos; 2) el apoyo de la comunidad internacional a favor de la democratización y menor tolerancia hacia los regímenes autoritarios; 3) una percepción pública más favorable hacia la democracia (Mainwaring y Pérez-Liñán, 2005). Esta última tendencia se ve confirmada por los resultados de una encuesta realizada en 18 países latinoamericanos y caribeños desde 1996 y publicados en *The Economist*. Cerca del 80 por ciento de los encuestados coincidieron con la afirmación: “La democracia quizás tenga sus problemas, pero es el mejor sistema de gobierno”. Lo anterior demuestra un claro apoyo a favor de la democracia. Este sentimiento prodemocrático ha ido en aumento de manera sistemática desde 2003 y guarda consistencia con la creciente satisfacción rutinaria expresada por el 77 por ciento de los sondeados en la misma encuesta (*The Economist*, 2013).

Con la democracia vinieron las libertades políticas y las demandas públicas por reformas gubernamentales. Una de las reformas llevadas a cabo en muchos países de la región fue la descentralización, donde los países que la acogieron transfirieron responsabilidades y recursos del Gobierno central a los Gobiernos locales para así responder mejor a las necesidades específicas de la población. Hubo excepciones. En Chile, por ejemplo, la descentralización fue parte de una política de privatizaciones que se inició a comienzos de la década de 1980 durante la dictadura. Este nuevo entorno también promovió la participación social y permitió el establecimiento de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), que a su vez condujo a la creación de las redes sociales, iniciativas de auto ayuda y grupos de apoyo mutuo (Carrión, 2001).

La sociedad civil participa cada vez más en la política y asume nuevas responsabilidades en los procesos gubernamentales, a la vez que los Gobiernos apoyan y promueven su participación en el proceso de formulación de políticas. Bolivia, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela, por ejemplo, han incorporado la participación social en sus nuevas constituciones como un medio para reducir las desigualdades sociales y económicas. En Brasil, se consideró la participación social como un método democrático de gobierno y una herramienta gubernamental importante para diseñar, ejecutar y evaluar políticas públicas (Pogrebinschi, 2013).

El ciclo ininterrumpido de la democracia en América Latina y el Caribe, acompañado por la aplicación de importantes reformas institucionales y de participación social en el Gobierno ha coincidido con un período de crecimiento económico y desarrollo en la región, lo cual se analizará en la siguiente sección.

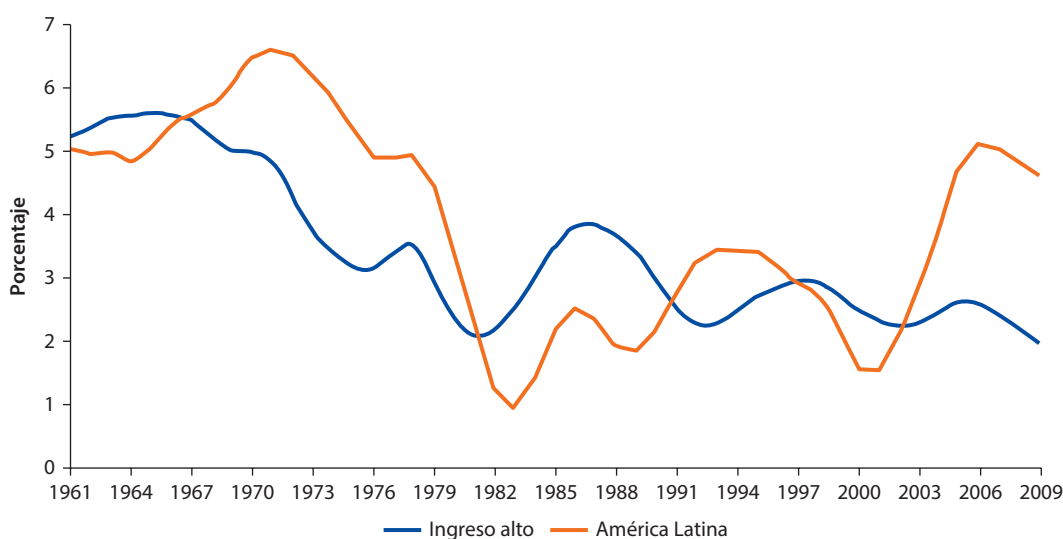
Crecimiento económico, distribución del ingreso y políticas sociales

Los países de LAC han experimentado un período de mejoría económica sostenida en las últimas dos décadas, marcado por el crecimiento del producto interno bruto (PIB) y disminución de la pobreza, del desempleo y de las desigualdades. Los Gobiernos han invertido más para mejorar la salud de sus ciudadanos, cambiando la composición de la financiación de la salud. El gasto público en salud ha ido creciendo como porcentaje del PIB y del gasto total de salud en la mayoría de los países, a la vez que ha ido descendiendo el gasto de bolsillo de las familias.

Además de los cambios políticos y de los Gobiernos democráticos establecidos en la región en las últimas décadas, las economías de América Latina y el Caribe han experimentado un crecimiento saludable, acompañado de reducciones en los índices de pobreza y desigualdad (Banco Mundial, 2011). El desempeño económico de la región ha igualado y en ocasiones ha superado el de los países de ingreso alto (gráfico 2.2) e incluso ha generado empleos a un ritmo más acelerado que el crecimiento de la fuerza laboral, resultando en tasas de desempleo históricamente bajas. Se informa que algunos países operan a su “total o casi a su pleno potencial”. A pesar de estos logros significativos, la región se caracteriza por sus grandes desigualdades socioeconómicas entre y dentro de los países (FMI, 2013).

A comienzos del siglo XXI, el crecimiento estable de América Latina alcanzó su nivel máximo registrado desde inicios de la década de 1970 debido a una sólida demanda externa, amplia liquidez mundial y a una relación real de

Gráfico 2.2 Crecimiento del PIB en América Latina y países de ingreso alto (crecimiento cíclicamente ajustado, estimado mediante filtro pasabanda)



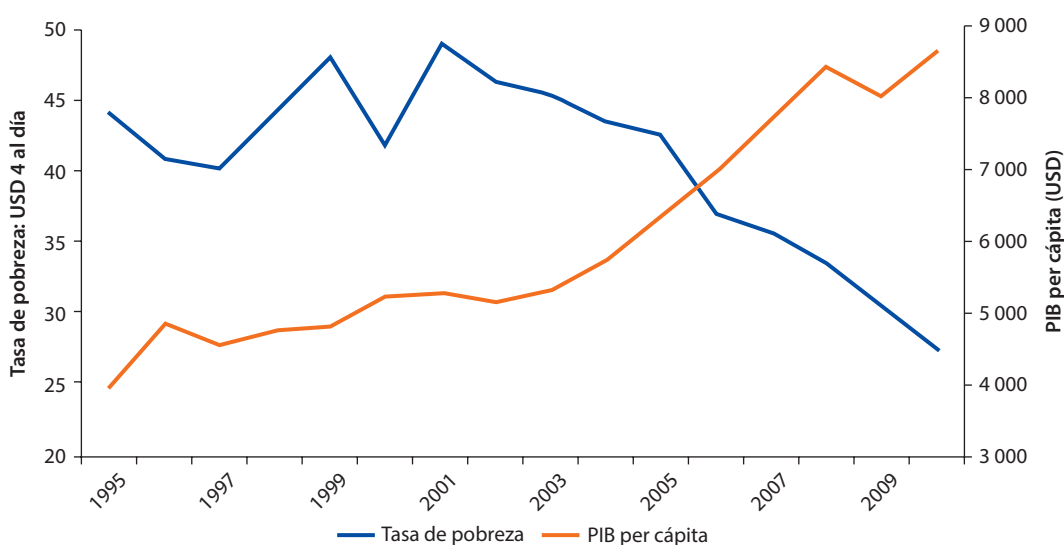
Fuente: Banco Mundial, 2011.

intercambio positiva (De la Torre y Yeyati, 2013). Estos factores provocaron una disminución en la pobreza y en la desigualdad del ingreso (Ferreira *et al.*, 2013), lo cual en última instancia redujo el impacto de la crisis financiera de 2008. Salvo por aquellos países con los peores resultados macroeconómicos, la pobreza continuó declinando durante la crisis financiera mundial (Grosh, Fruttero y Oliveri, 2013).

El crecimiento del PIB per cápita muestra una correlación directa con la reducción de la pobreza en la región durante un período de 15 años (1995-2010) (gráfico 2.3). El crecimiento económico permitió disponer de mejores ingresos, lo cual a su vez elevó el tamaño de la clase media, identificada como los que viven con al menos USD 10 al día (gráfico 2.4). El PIB per cápita pasó de un poco menos de USD 4 000 en 1995 a casi USD 9 000 en 2010 y la clase media creció más que la población que vive en condiciones de pobreza, es decir, aquellos que viven con menos de USD 4 por día.

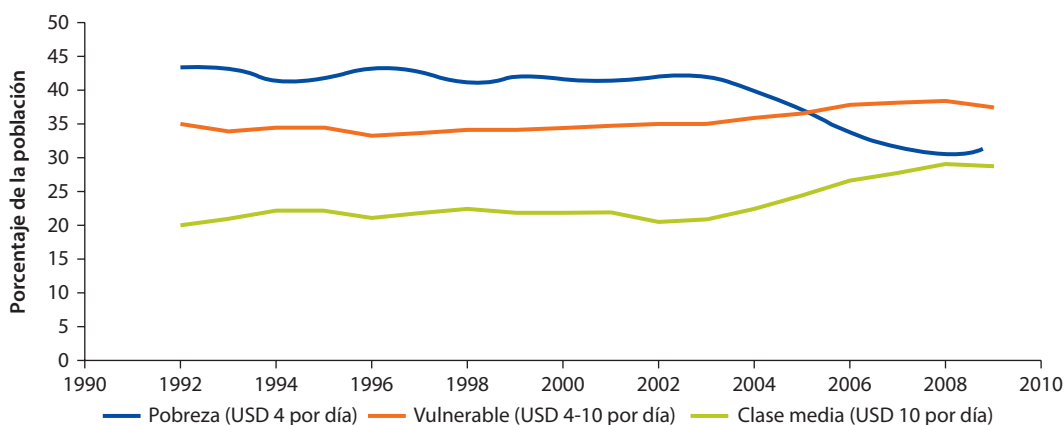
A pesar que el pago de mejores salarios fue el principal factor que incidió en la reducción de la pobreza extrema y moderada, las transferencias de efectivo y las pensiones también jugaron un papel importante (Cord, Lucchetti y Rodríguez-Castelán, 2013). Gracias al crecimiento sostenido y sistemático, los países de la región han podido ampliar su espacio fiscal e incrementar la inversión en los sectores sociales dirigidas hacia los segmentos demográficos más pobres, lo cual ha reducido las inequidades (gráfico 2.5). A pesar que la mayoría de países han reducido las disparidades en los ingresos, la inequidad en la región aún es alta y oscila desde Honduras con un coeficiente de Gini de 57,40 hasta Uruguay con un coeficiente de 41,32 (Banco Mundial, 2012).

Gráfico 2.3 Crecimiento del PIB per cápita y la pobreza en América Latina y el Caribe, 1995–2010



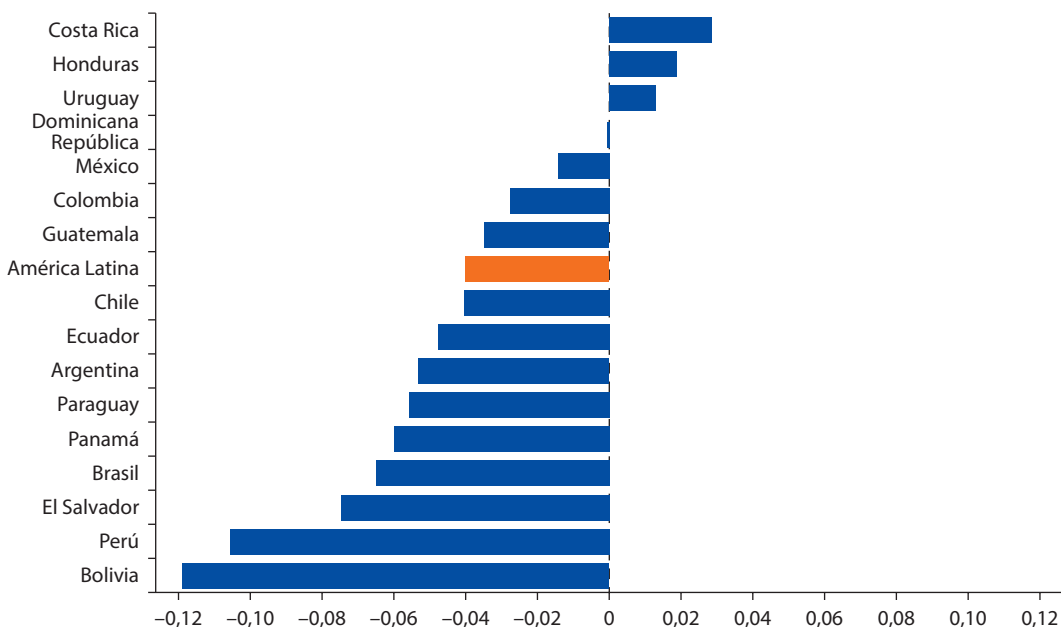
Fuente: Banco Mundial, 2011.

Gráfico 2.4 Reducción de la pobreza y crecimiento de la clase media en América Latina y el Caribe, 1992–2010



Fuente: Banco Mundial, 2011.

Gráfico 2.5 Cambio acumulado en desigualdad: Coeficiente Gini de 2011 en comparación con 1995



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

Nota: Bolivia: 1997; Chile, Colombia y República Dominicana: 1996; Guatemala y Perú: 1998; México: 1996 y 2010.

Los factores externos que coadyuvaban al crecimiento de la región antes de la crisis (en especial por la demanda de China y de las economías avanzadas, así como un riesgo financiero bajo) han sido silenciados —ni ayudan ni restringen el crecimiento—, lo cual podría afectar el crecimiento futuro de LAC. No se puede depender de las fuerzas globales para creer que la región retornará a los niveles

de crecimiento previos a la crisis (5 al 6 por ciento). La región requiere de motores internos que impulsen el crecimiento (Cord, Lucchetti y Rodríguez-Castelán, 2013). Quizás esto represente un reto para la ampliación de la cobertura de salud, a pesar que en el pasado, el crecimiento económico no necesariamente ha sido un requisito indispensable para adoptar políticas en favor de la CUS. Por ejemplo, el compromiso de Brasil hacia la CUS ocurrió durante el período de poco crecimiento económico (Maeda, 2014).

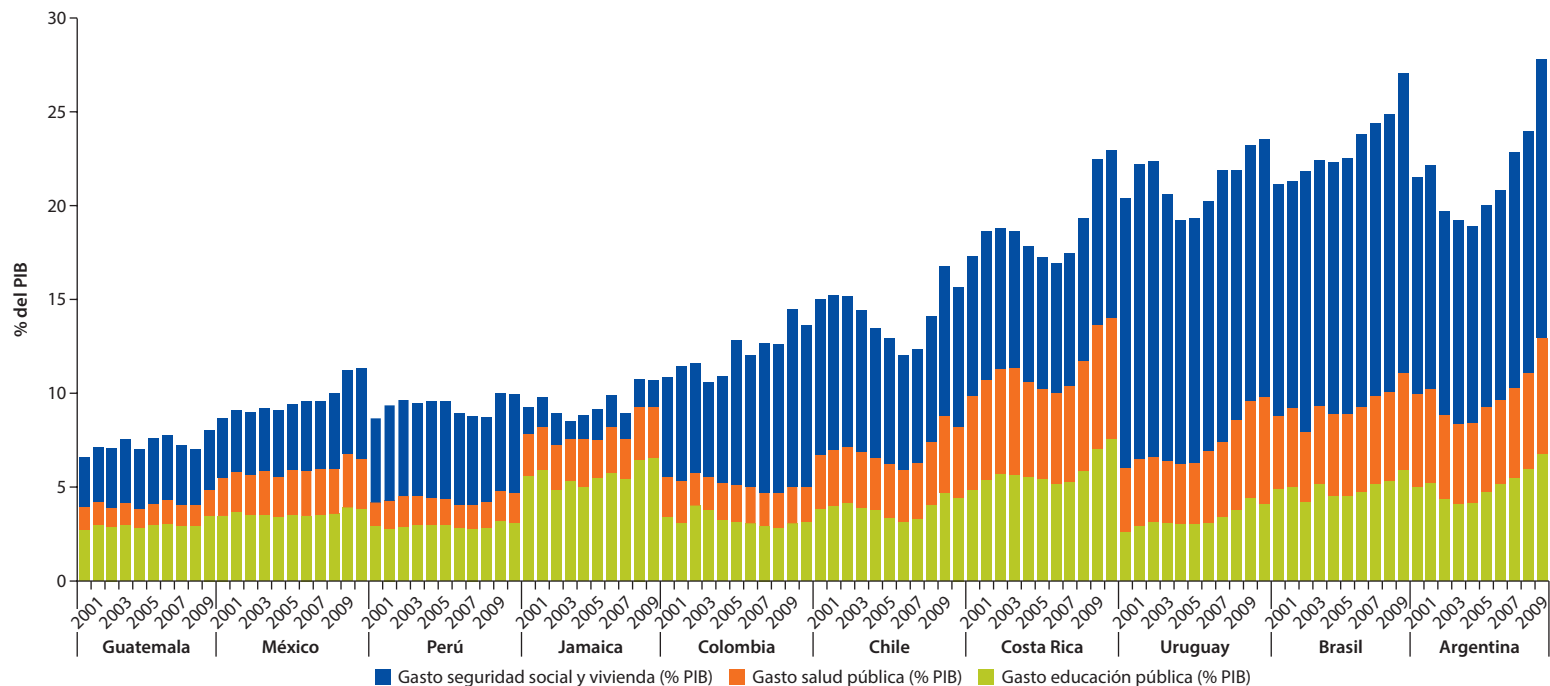
En los 10 países estudiados, el advenimiento de políticas para fomentar la CUS se dio con el incremento del gasto social (salud, educación y protección social) desde el año 2000 hasta la actualidad (gráfico 2.6). Asimismo, muchos países en LAC se mostraron muy activos en sus políticas de protección social durante la última crisis económica, la cual implicó aprovechar los programas forjados en los años previos a la crisis y lanzar nuevos programas que servirán para afrontar crisis futuras (Grosh, Fruttero y Oliveri, 2013). Lo anterior se puede observar en la disminución al momento de la crisis y la rápida recuperación que mostró cada país.

La política fiscal progresiva también ha mejorado las vidas de los pobres. En los últimos años, los Gobiernos han ampliado la asistencia social a aquellos que están fuera del mercado laboral formal; esto contempla programas de transferencias para reducir la pobreza y la desigualdad, como es el caso de las transferencias monetarias condicionales o los programas de merienda escolar (Draaisma y Zamecnik, 2014). Bajo el esquema general de asistencia social, algunos programas también se enfocan en los servicios de salud. Por ejemplo, la mayoría de programas de transferencias monetarias condicionadas contienen estipulaciones atadas al uso de servicios de salud; la literatura indica que este tipo de programas puede generar beneficios de salud (Fiszbein, Schady y Ferreira, 2009). El gasto público en salud como porcentaje del PIB aumentó en los 10 países latinoamericanos en la década anterior. En algunos casos, este fue el factor responsable de la ampliación de la cobertura, en otros casos, fue el aumento del gasto en enfermedades crónicas. En cualquier caso, los incrementos del gasto social reflejan la importancia creciente de las políticas sociales en las agendas políticas.

Muchos de los países que ejecutaron amplias reformas para impulsar la CUS incrementaron durante todo el decenio de 2000 su gasto público en salud (GPS)¹ como porcentaje del PIB (gráfico 2.7). Argentina, Brasil, Uruguay y Costa Rica elevaron su GPS, siendo Costa Rica el país con mayor incremento, representando este un crecimiento de más de dos puntos porcentuales entre 2005 y 2012. Otros países, como Jamaica y Chile, tuvieron un incremento de un punto porcentual, mientras que un grupo final reportó un aumento de medio punto porcentual del PIB (gráfico 2.7).

El gasto público en salud como proporción del gasto público total se utiliza a menudo en comparaciones internacionales para cuantificar el grado de compromiso del Gobierno para invertir en el sector salud (Cavagnero *et al.*, 2008). A pesar que una mayor proporción no necesariamente implica mejores resultados en salud, trabajos de investigación muestran por ejemplo asociación entre el

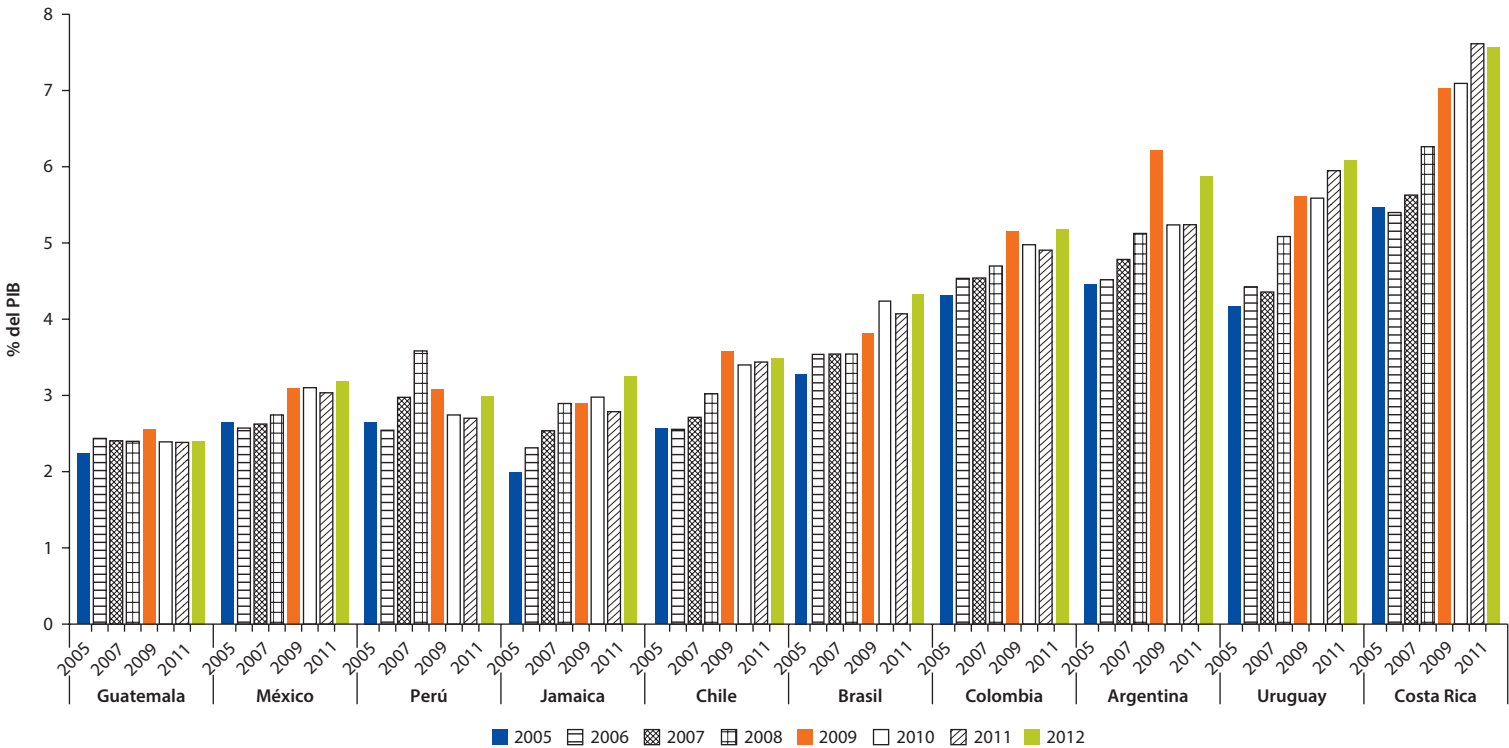
Gráfico 2.6 Gasto público en salud, educación y protección social como porcentaje del PIB, 2000–2009



Fuente: Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL), División de Desarrollo Social. Base de datos sobre gasto social.

Nota: Los datos del período 2010-2012 no estaban disponibles en todos los países. Perú carece de datos sobre gasto en salud pública.

Gráfico 2.7 Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2005–2012



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

gasto público total en salud y la tasa de mortalidad infantil (Bhutta, 2004). En el período 2005-2012, la proporción del GPS con respecto al gasto público total se elevó en Argentina, Brasil, Chile (en menor medida), Colombia, Costa Rica, Jamaica y Uruguay; permaneció inalterable en Guatemala y México. En términos generales, el GPS es mayor en LAC que en otras regiones. De hecho, la mayoría de los países de América Latina y el Caribe ya están por encima del umbral del 15 por ciento que requiere la Declaración de Abuja². A pesar que Brasil y Jamaica aún no cumplen con esa meta del 15 por ciento, ambas naciones han mostrado una robusta mejoría en los últimos cinco años (gráfico 2.8).

Tal como se muestra en el gráfico 2.9, el gasto total de salud (GTS)³ observado en todos los países muestra un comportamiento heterogéneo marcado: Argentina tiene el gasto en salud per cápita más alto (USD 1 434) y Guatemala, el más bajo (USD 334). El gasto público en salud se ha elevado en todos los países y en la mayoría ha sobrepasado el gasto de bolsillo incurrido por los pacientes. En toda la región, cerca del 32 por ciento del GTS en 2011 fueron gastos de bolsillo, siete puntos porcentuales menos que en 2011, pero aún un 20 por ciento por encima de lo recomendado por el Informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2010).

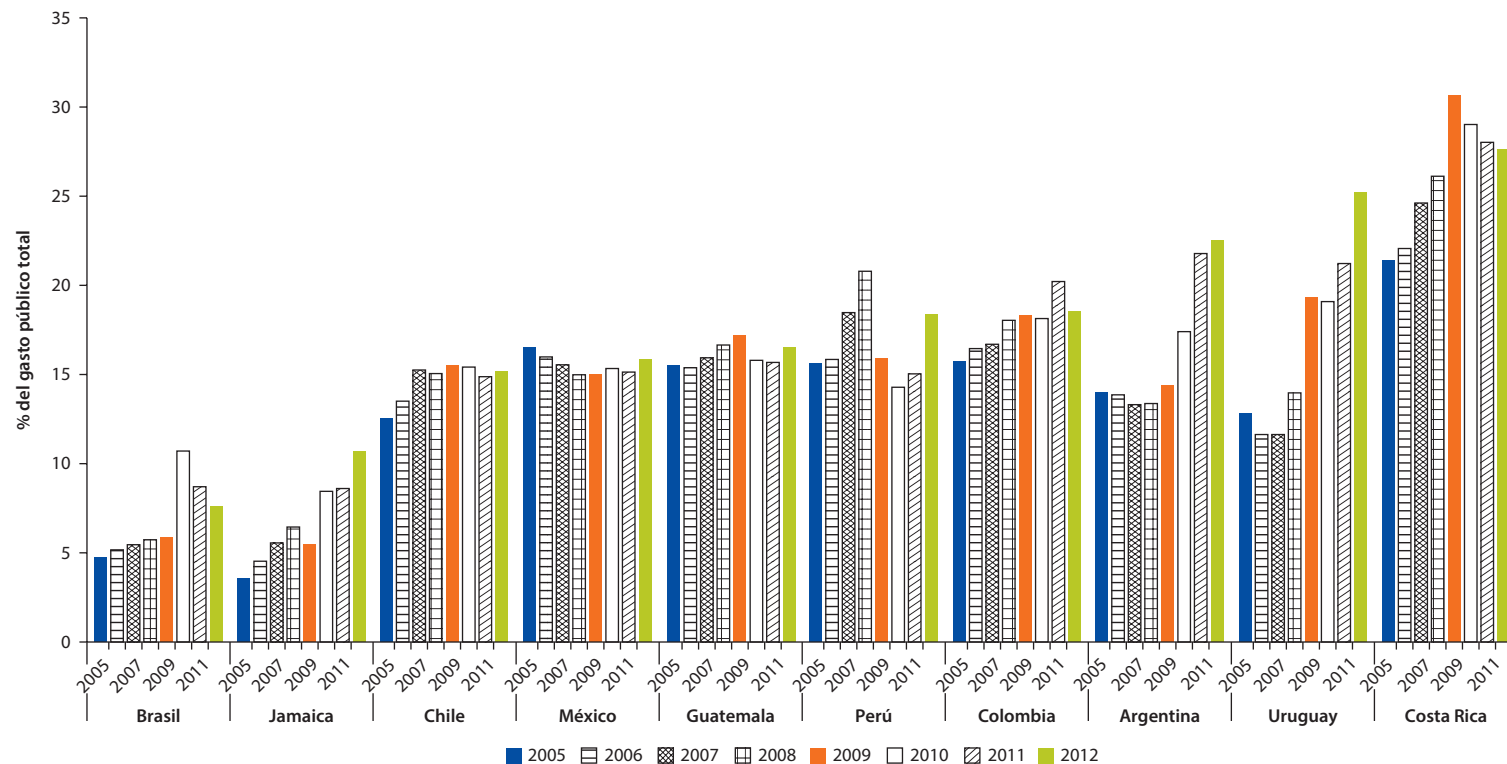
Algunos países que llevaron a cabo reformas han podido reducir el gasto de bolsillo, en especial Argentina, Chile, Colombia, Guatemala y México (gráfico 2.10). Al inicio del período, Guatemala y México tenían los índices más elevados de gastos de bolsillo con un 60 y 52 por ciento del gasto total de salud. De los 10 países estudiados, solo Argentina, Colombia, Costa Rica, Jamaica y Uruguay presentan gastos de bolsillos por debajo del 30 por ciento.

Transiciones e implicaciones demográficas y epidemiológicas para la CUS

El envejecimiento de la población y las bajas tasas de fecundidad han provocado cambios drásticos en la pirámide poblacional en todos los países de LAC. El envejecimiento demográfico incluso ha contribuido al cambio epidemiológico observado en la región, la cual pasó de una alta prevalencia y mortalidad de enfermedades infecciosas a inicios del siglo pasado a una alta prevalencia y mortalidad de enfermedades no transmisibles (ENT) desde finales del siglo pasado hasta la actualidad.

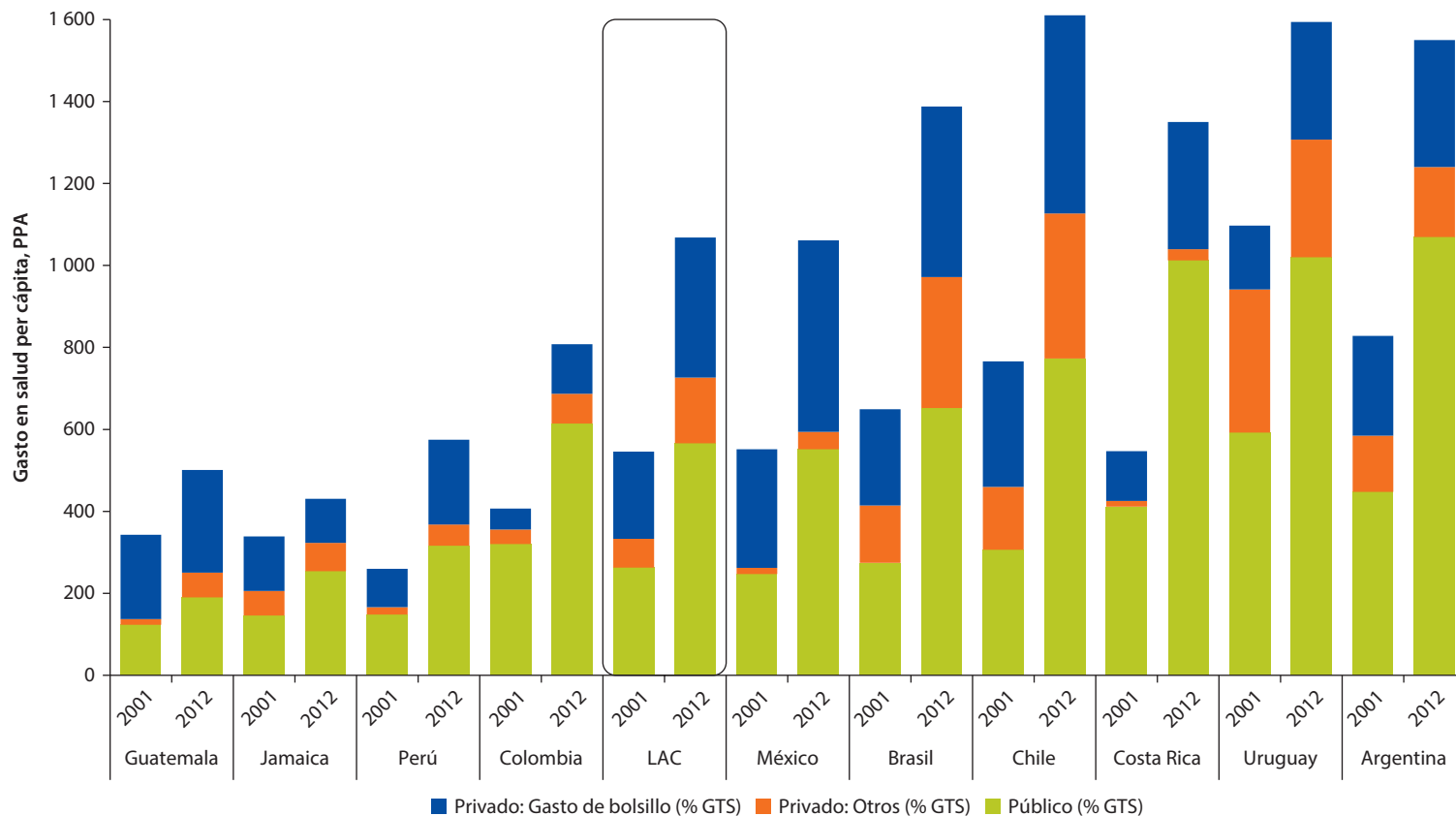
En los últimos 50 años, las poblaciones han crecido y envejecido en LAC. La población de la región se ha casi duplicado desde la década de 1970 y el envejecimiento demográfico representa nuevos retos como el incremento de las enfermedades crónicas (Marinho *et al.*, 2013). Durante este período, la proporción de la población mayor a los 60 años se ha quintuplicado y se espera que se cuadruplique para el año 2014. La tasa de fecundidad ha disminuido casi en todas partes, reduciendo la proporción de niños en la población y elevando la de adultos mayores. La esperanza de vida en la región se ha incrementado 15 años entre 1960 y 2012, con amplias variaciones entre los países: la esperanza de vida en Guatemala apenas se sitúa sobre los 70 años, mientras que la de Costa Rica está por debajo de los 80 años de edad (gráfico 2.11).

Gráfico 2.8 Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, 2005–2012



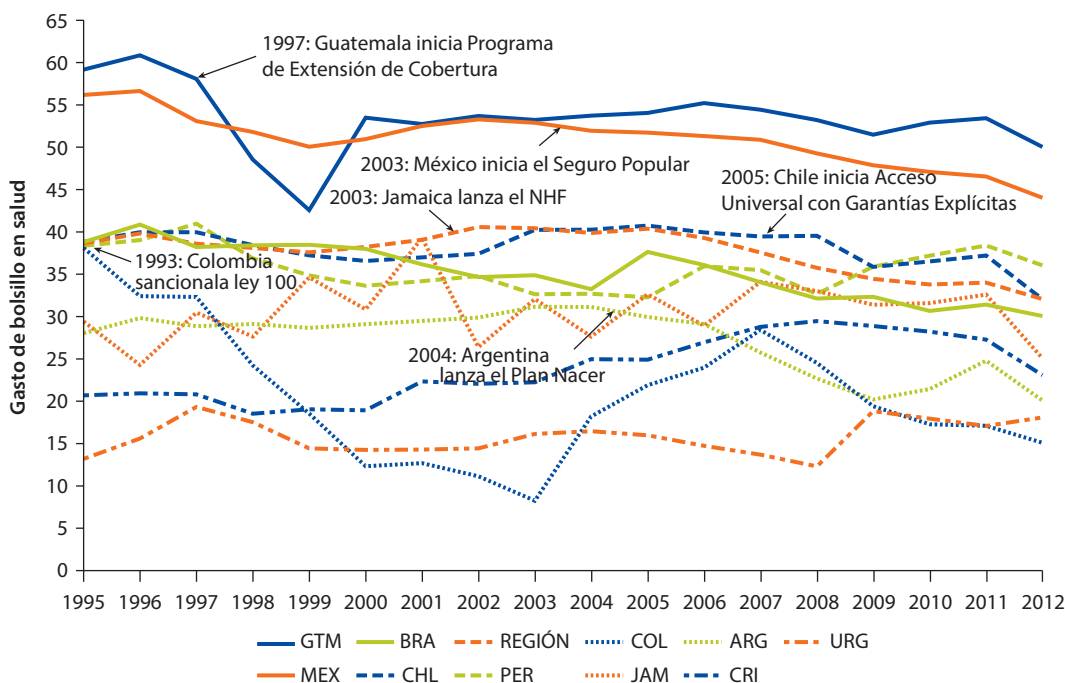
Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

Gráfico 2.9 Gasto total en salud per cápita por fuente (PPA en USD internacionales constantes), 2001–2012



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

Nota: GTS: gasto total en salud; PPA: paridad del poder adquisitivo.

Gráfico 2.10 Gasto de bolsillo como proporción del gasto total en salud, 1995–2012

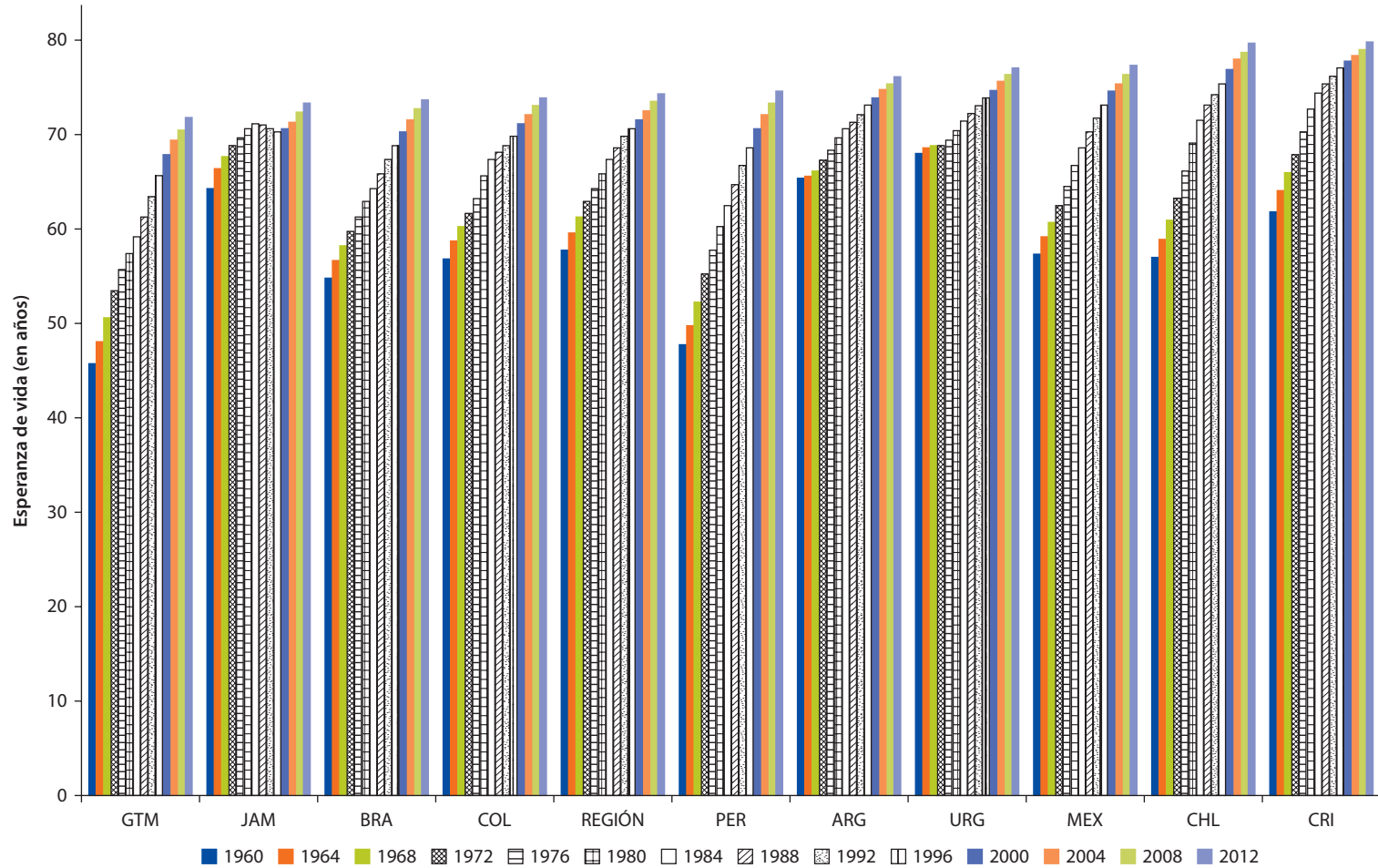
Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

Los países se encuentran en diversas fases de la transición demográfica. Algunos presentan poblaciones relativamente más envejecidas (Argentina y Uruguay), mientras que otros se caracterizan por perfiles más jóvenes (Guatemala y Perú), pero con tasas de fecundidad a la baja. Todos los países presentan tendencias crecientes de poblaciones envejecidas, tal como se aprecia en el gráfico 2.12. Las mejoras generales alcanzadas en cuanto al ingreso, medioambiente, estilos de vida y avances médicos han elevado la esperanza de vida en la región, generando mayor demanda de atención médica a largo plazo (Marinho *et al.*, 2013).

A pesar de que los avances registrados en cuanto a la esperanza de vida se han dado con cierta uniformidad, los países han experimentado la transición epidemiológica en estadios distintos. El envejecimiento de la población, los estilos cambiantes de vida y los factores de riesgos modificables elevan la importancia de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las tasas de mortalidad, las cuales representan el 78 por ciento o 4,5 millones de fallecimientos en el año 2007. Sin embargo, en 2010, algunas naciones aún registran altos índices de mortalidad en poblaciones jóvenes (Marinho *et al.*, 2013).

La carga de la mortalidad incluso ha cambiado, una tendencia que genera al menos tres diversas etapas en la transición epidemiológica. La etapa avanzada acarrea una carga pesada de ENT y una liviana de enfermedades infecciosas,

Gráfico 2.11 Esperanza de vida por país y promedio regional, 1960–2012



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

Gráfico 2.12 Transición demográfica por rangos de edad y país en estudio, 1950–2040

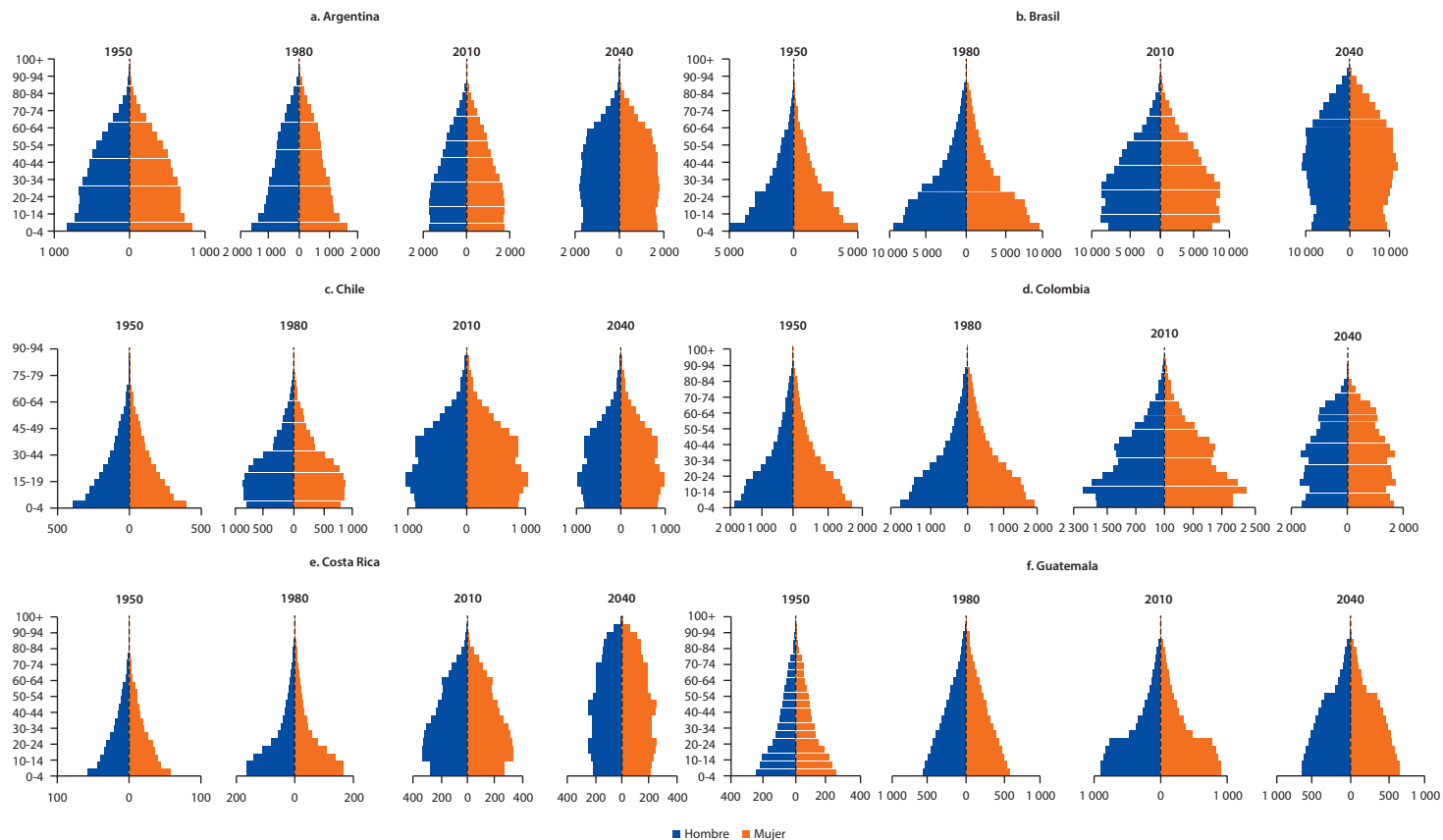
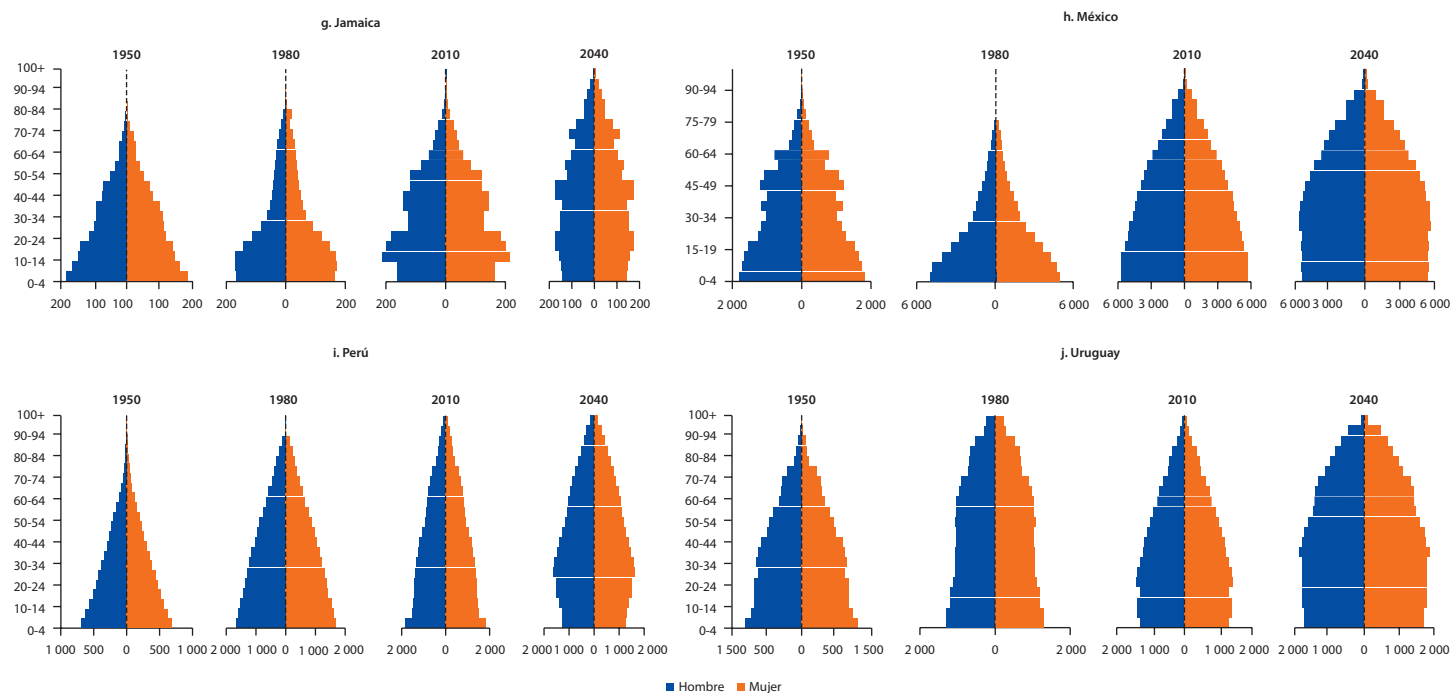


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 2.12 Transición demográfica por rangos de edad y país en estudio, 1950–2040 (continuación)



Fuente: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial, 2012.

tal como se observa en Uruguay, donde las ENT representan el 79 por ciento de muertes. La etapa media revela una carga doble de ENT y enfermedades infecciosas en países donde la mortalidad provocada por las ENT registró un incremento sustancial en las décadas de 1980 y 1990. Un ejemplo lo constituye México, donde la proporción de enfermedades infecciosas a mediados de los 50 ascendía al 61 por ciento, mientras que la proporción de ENT era mucho más baja (22 por ciento); hoy en día, la proporción de enfermedades infecciosas bajó cuatro quintos y las ENT se dispararon al 75 por ciento. La etapa temprana muestra una carga baja de ENT y una alta proporción de enfermedades infecciosas. En Guatemala, en el año 1980, la proporción de enfermedades infecciosas era alta (55 por ciento) en comparación con las ENT (31 por ciento). Sin duda alguna, las enfermedades infecciosas en Guatemala han descendido, pero a un ritmo más lento que los países de LAC que están mucho más adelantados en sus transiciones epidemiológicas (Marinho *et al.*, 2013). Se pueden apreciar ejemplos de cada etapa en el gráfico 2.13.

Algunas naciones en LAC aún se encuentran en una etapa temprana y media de transición epidemiológica, tal es el caso de Guatemala y México (OMS, 2014). Guatemala presenta una diferencia drástica en relación con los otros nueve países estudiados, en especial el porcentaje de muertes por causas cardiovasculares (16 por ciento por debajo del promedio regional) y muertes por enfermedades transmisibles (19 por ciento sobre el promedio regional) y posee el más alto porcentaje de fallecimientos por lesiones (18 por ciento).

Gráfico 2.13 Transiciones epidemiológicas en América Latina y causas de muertes, 1955–2009 (o año más cercano)

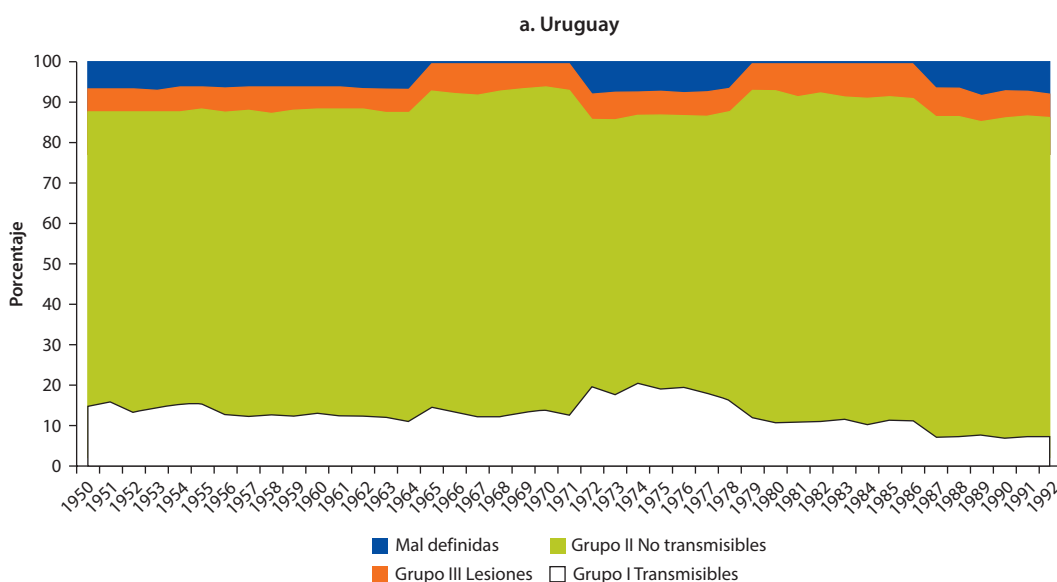
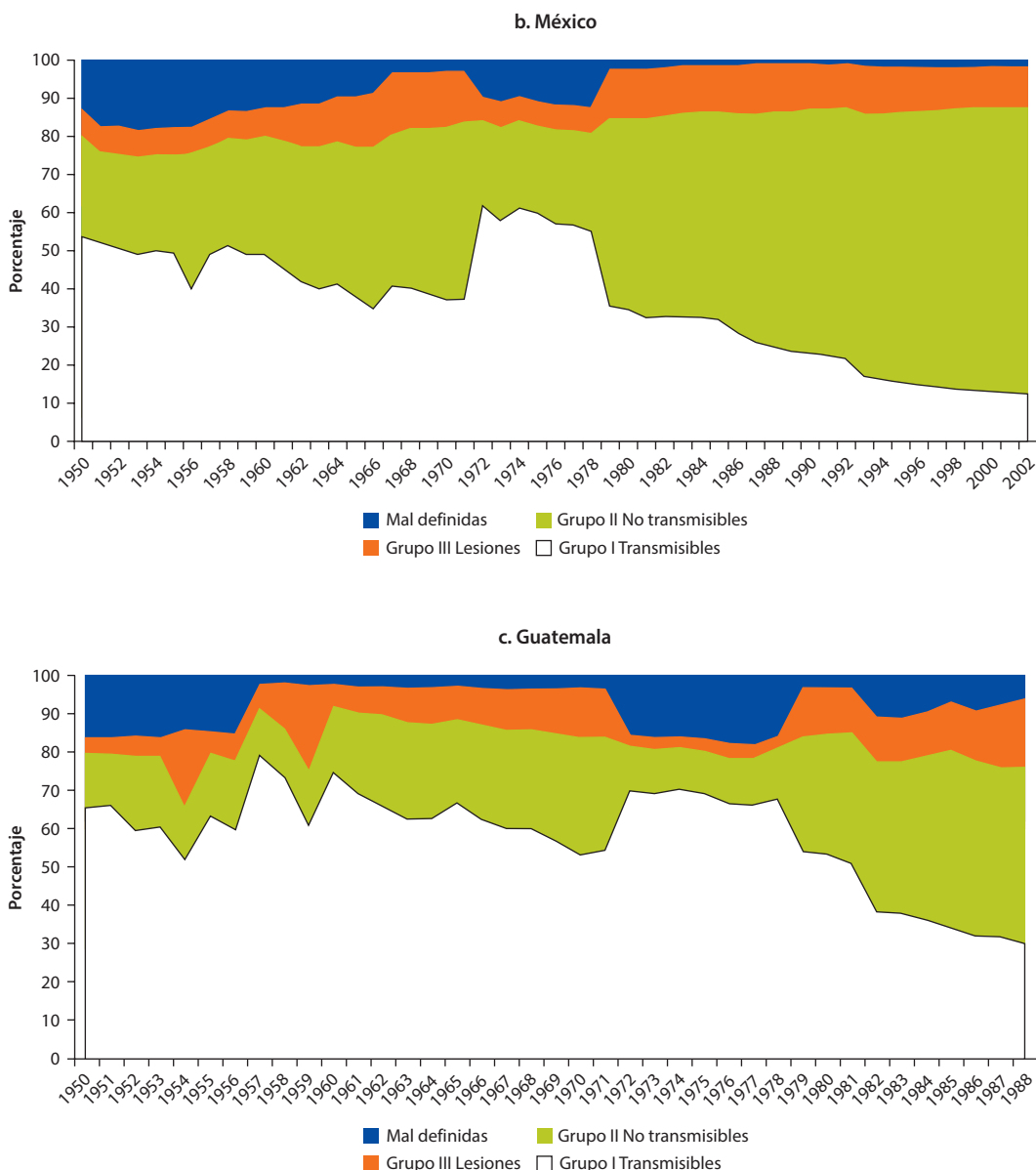


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 2.13 Transiciones epidemiológicas en América Latina y causas de muertes, 1955–2009
(o año más cercano) (continuación)

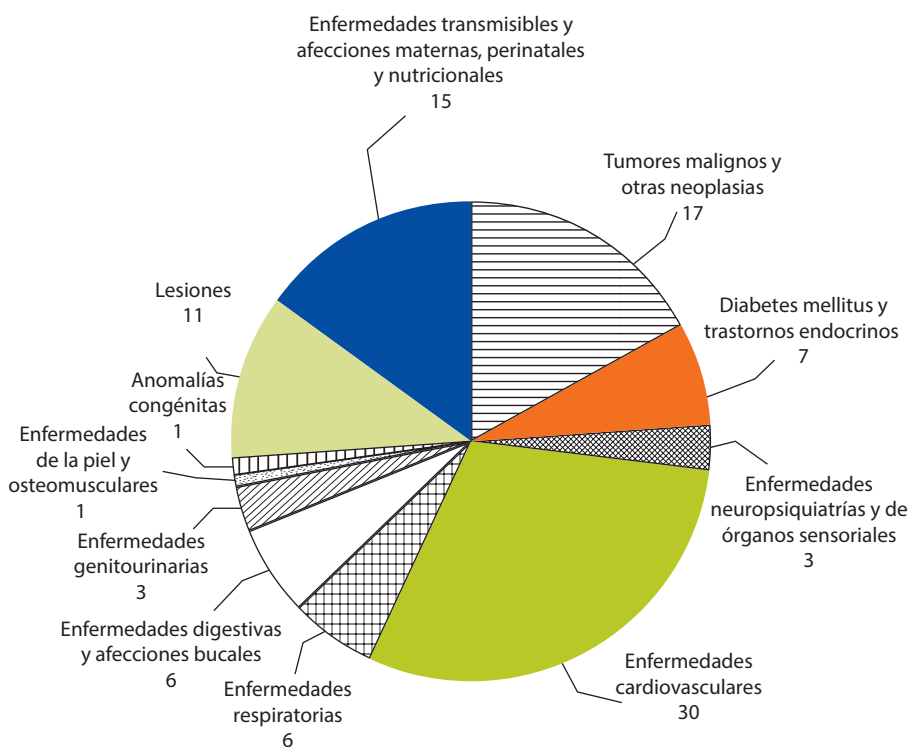


Este tipo de fenómenos es típico de un país en etapa temprana (ver gráfico 2.13). Los 10 países difieren en gran manera en cuanto al porcentaje de fatalidades por enfermedades transmisibles y lesiones: más del 50 por ciento de muertes en Guatemala pertenecen a estas dos categorías, mientras que menos del 20 por ciento de fallecimientos en Argentina y Costa Rica se deben a las enfermedades transmisibles y lesiones.

Con el envejecimiento de la población surge una mayor necesidad de tratamiento de ENT. La necesidad de brindarles atención a los adultos mayores no es nueva, pero las elevadas cifras de adultos de la tercera edad que requieren de atención ejercerán mayor presión sobre los sistemas actuales de salud. La carga económica y de salud que imponen las enfermedades no transmisibles (ENT) cuesta mucho dinero tanto a las personas como al sistema. Las enfermedades cardiovasculares y el cáncer son dos de las principales causas de muertes en LAC (gráfico 2.14). La región incluso presenta uno de los índices más altos de fatalidad en el mundo a causa de diabetes. La creciente incidencia de diabetes se origina en parte de la urbanización y de los cambios en los estilos de vida. La urbanización y los cambios en los medios de transporte terrestre han generado un incremento en las lesiones en los últimos 40 años; las lesiones como causa de muerte en la región mostraron una estabilidad en la década de 2000 (Bonilla-Chacín, 2014).

El 25 por ciento de fallecimientos atribuidos a las ENT ocurre en personas menores a los 60 años (Le Gales-Camus y Epping-Jorda, 2005), haciendo que la prevención de estas enfermedades sea de importancia fundamental junto con el monitoreo de los factores de riesgo y el diagnóstico/tratamiento temprano de

Gráfico 2.14 Principales causas de muerte en América Latina y el Caribe (estandarizadas por edad), 2008



Fuente: Bonilla-Chacín, 2014.

todos los segmentos de la población. Una manera para reducir los factores de riesgos intermediarios y las fatalidades provocadas por las ENT es a través de estrictas políticas como las medidas anti tabaco que países como Uruguay han empleado para disminuir la cantidad de fumadores y sus problemas de salud conexos (Godinho, 2013).

Los países enfrentarán desafíos para mantener a largo plazo los programas que fomentan la CUS debido a la transición epidemiológica y al envejecimiento de la población. La necesidad de aprovechar el bono demográfico mientras la población es joven todavía se torna mucho más fundamental para países como Brasil, donde se espera que la proporción de la población mayor de 65 años se duplique en los siguientes veinte años. Esta transición ocurrió en los países de altos ingresos en el transcurso de un siglo. El envejecimiento plagado de enfermedades generará una considerable presión económica y social y acorta el plazo disponible para tomar acciones efectivas.

Algunos países enfrentan la carga doble y paradójica de desnutrición y obesidad, la cual tiene que ver con una serie de cambios, específicamente la transición nutricional, la transición demográfica y la transición epidemiológica que los países experimentan (Shrimpton y Rokx, 2012). Tres de los cuatro países que a nivel mundial presentan el mayor porcentaje de madres con sobrepeso y niños desnutridos se concentran en América Latina y el Caribe: Guatemala (13 por ciento de hogares), Bolivia (11 por ciento) y Nicaragua (10 por ciento) (Garret y Ruel, 2003). Estas deficiencias a menudo están entrelazadas, puesto que los niños que sufren desnutrición corren mayores riesgos de hipertensión, enfermedades cardiovasculares y diabetes (Bonilla-Chacín, 2014), así como menores posibilidades de finalizar su educación y de tener éxito económico en su vida adulta (Shrimpton y Rokx, 2012).

De hecho, América Latina y el Caribe enfrentan problemas típicos de los países de altos y bajos ingresos. Si bien ha habido avances en la atención materno-infantil, la región en conjunto no podrá cumplir con los objetivos de desarrollo del milenio, específicamente la meta 5: reducir la tasa de mortalidad materna. La región también debe atender las enfermedades infecciosas y las enfermedades no transmisibles, lo cual demanda sistemas de salud capaces de ofrecer atención preventiva y curativa. Muchos desafíos vienen con este cambio epidemiológico, uno de los cuales tiene que ver con la sostenibilidad de los sistemas de salud y de los programas sociales y de la capacidad para responder a una población cada vez más numerosa y exigente.

Prestación de los servicios de salud y su evolución hacia la universalidad

La prestación de servicios de salud en América Latina y el Caribe ha ido cambiando con el tiempo para acomodarse a las demandas y necesidades de la población. Los servicios de salud se han ido ampliando hasta llegar hasta aquellos con mayores necesidades. Si bien las organizaciones caritativas se encargaban de brindar estos servicios en el siglo XIX, especialmente a los segmentos pobres, el aumento de la

inversión pública y el compromiso político han permitido ampliar y prestar servicios de salud a través de otros mecanismos, entre ellos sistemas/programas públicos y de seguridad social.

Para apreciar la influencia que el panorama político ha ejercido en la prestación de los servicios de salud en América Latina y el Caribe, es importante comprender cómo ha cambiado con el tiempo. Durante el siglo diecinueve, las organizaciones de caridad le brindaban servicios de salud a la mayoría de la población en América Latina y el Caribe (Canal, 1984; Flisser, 2009; Landívar, 2004; Tovar, 2001). La financiación de dichos servicios ofrecidos en su mayoría a través de los hospitales, estaba organizado por entidades religiosas a nivel nacional; a nivel municipal, los servicios estaban a cargo de la sociedad civil y de organizaciones caritativas. En la primera mitad del siglo pasado, la mayor parte de los países en la región crearon los ministerios de salud, con un mandato de asumir la dotación de los servicios de salud y sustituir a los proveedores tradicionales —es decir, las organizaciones caritativas privadas— y de mejorar el acceso a los servicios básicos. También se encargaron de certificar las profesiones médicas, autorizar los medicamentos destinados a los mercados nacionales y establecer normas de higiene pública, así como normas para acueductos y alcantarillados (que en muchos países fue en términos funcionales un departamento del ministerio de salud). En algunos casos, las instalaciones médicas de las organizaciones de caridad pasaron a ser parte del sector público (a nivel nacional, estatal o municipal) o bien a quedar regulados por el ministerio de salud y subvencionados con fondos públicos. A estos proveedores se les dio el mandato de brindar atención a toda la población.

El avance más notable de los resultados en salud se dio a mediados del siglo XX, producto de inversiones públicas en infraestructura de agua segura, saneamiento, control de vectores, vacunaciones, promoción de la salud y ampliación de los centros de formación para doctores, enfermeras y demás profesionales de la salud. En la primera mitad del siglo XX, la OPS y su predecesor, la Oficina Sanitaria Panamericana, jugaron un papel fundamental en el control de enfermedades vectoriales y transmisibles. En la segunda mitad del siglo, las intervenciones de salud pública se ampliaron para incluir las vacunas, agua potable segura y saneamiento. A partir de la Declaración de Alma-Ata en 1978, muchos Gobiernos se centraron en programas destinados a ampliar los servicios de la atención primaria en salud para comunidades rurales remotas y escasamente pobladas. La formación de los trabajadores de la salud para que atendieran las zonas rurales fue un abordaje frecuente en el mejoramiento del acceso a los servicios básicos. A medida que se elevó el alcance y sofisticación de las tecnologías y servicios de salud, las desigualdades existentes empeoraron debido en parte a la mala distribución de los recursos humanos, los cuales permanecieron muy concentrados en los grandes centros urbanos (Cetrangolo *et al.*, 2006).

Las instituciones de seguridad social fueron creadas en la primera mitad del siglo anterior y tomaron como ejemplo el modelo alemán de seguro de salud obligatorio para los trabajadores formales. Estas instituciones, en términos genéricos conocidas como sistemas de seguro social también ofrecían

pensiones y por lo general cubrirán a empleados del sector público. Al poco tiempo estaban cubriendo a trabajadores de otros sectores formales, entre ellos las grandes empresas públicas o compañías privadas subvencionadas por el estado (por lo usual, industrias extractivas, ferrocarriles y electricidad). Las instituciones del seguro social brindaban servicios costosos, entre ellos diagnósticos y atención terapéutica a manos de especialistas. Dichas instituciones por lo general eran las dueñas de una red nacional de instalaciones de salud, con los servicios especializados en las grandes urbes, mientras que la red de los ministerios de salud por lo usual abarcaba una amplia gama de instalaciones como hospitales y centros de salud básicos en las áreas rurales. Lo anterior significa que en los centros urbanos se observa una ineficiente duplicación de los servicios hospitalarios altamente complejos (Cetrangolo *et al.*, 2006).

El progreso en la afiliación al seguro social presenta grandes variaciones en toda la región. Varios países que tienen un aparato público enorme o que experimentan una industrialización temprana —puntualmente, Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay— fueron testigos de la ampliación sistemática de las afiliaciones de obreros y oficinistas y de sus dependientes. En otras naciones, la cobertura no creció solo en virtud de la ampliación hacia el sector formal, sino también a través de la inclusión de los familiares del empleado o a través de contratos laborales progresivos observados en los sectores agricultura o servicio. Este fue el caso de Costa Rica y Panamá. En otros países, la ampliación de la cobertura del seguro social fue mínima (por ejemplo, Colombia, Guatemala, Ecuador y Perú) (Rofman, 2005).

En tiempos más recientes, los latinoamericanos han demandado sistemas de salud más receptivos, obligando a los Gobiernos de sus países a explorar reformas que impulsen la CUS. Algunos esfuerzos por mejorar la receptividad del sistema comprenden la formulación de guías y normas médicas claras, vinculación de los recursos con incentivos para los proveedores y aplicación de sistemas de información para mejorar la toma de decisiones estratégicas. Las experiencias de 10 países —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México, Perú y Uruguay— en torno a la aplicación de estas políticas son objeto de análisis en el presente estudio. El cuadro 2.2 presenta dichas experiencias, analizadas en el siguiente capítulo.

Cuadro 2.2 Políticas y programas para avanzar hacia la CUS en América Latina y el Caribe

<i>País</i>	<i>Reformas</i>	<i>Año</i>
Argentina	Plan Nacer	2004
	Plan Sumar	2012
Brasil	<i>Sistema Único de Saúde (SUS)</i>	1988
	<i>Ampliación del Programa Saúde da Família (PSF)</i>	1998
Chile	FONASA	1981
	Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	2005
Colombia	Sistema Nacional de Seguridad Social Integral	1993

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 2.2 Políticas y programas para avanzar hacia la CUS en América Latina y el Caribe (continuación)

<i>País</i>	<i>Reformas</i>	<i>Año</i>
Costa Rica	Régimen especial para indigentes	1984
	Transferencia de servicios de salud del MINSA a la CCSS	1993
	Afiliación obligatoria del trabajador por cuenta propia	2006
Guatemala	Programa de Extensión de Cobertura (PEC)	1997
Jamaica	<i>National Health Fund</i> (NHF)	2003
	Abolición del cobro a los usuarios en las instalaciones públicas	2008
México	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)/Seguro Popular	2003
Perú	Seguro Maternoinfantil	1999
	Sistema Integral de Salud (SIS)	2002
	Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	2009
Uruguay	FONASA	2007
	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	2007

¿Cómo se compara la región en el contexto global?

Muchos países de ingreso bajo y mediano en América Latina y el Caribe han adoptado en las últimas décadas políticas para avanzar hacia la construcción de la CUS. Tal como hemos apreciado en las secciones anteriores, dichos movimientos guardan íntima relación con amplias reformas sociales e incluso van acompañadas de un proceso de democratización y de un período de crecimiento económico sostenido y más equitativo. Las reformas para impulsar la CUS también se han traducido en cambios en el sistema de financiación de la salud, en la mayoría de los casos, en un aumento del gasto público en salud. Para comprender mejor este avance desde una perspectiva global, estableceremos parámetros para comparar a los países de LAC contra otras naciones. Los resultados muestran las áreas donde los países de América Latina y el Caribe están rezagados o sobresalen, tomando en consideración sus perfiles democráticos y nivel de desarrollo.

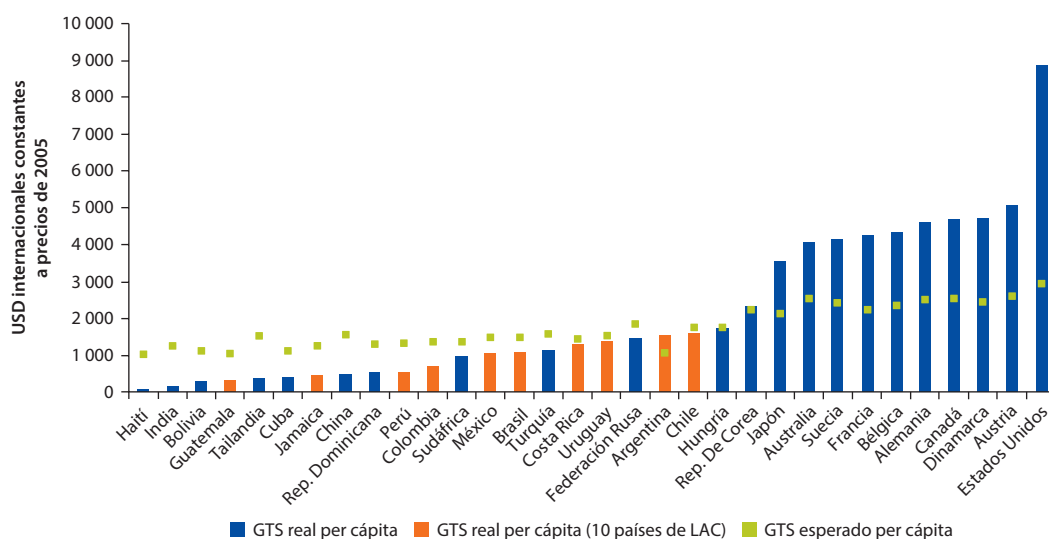
Este ejercicio compara los indicadores de resultado proyectados para todos los 187 países, cuyos datos están disponibles a 2012. El ejercicio consiste en un conjunto de regresiones multivariadas, donde las variables dependientes son los indicadores de resultado —los cuales evalúan la salud y la protección financiera— y las variables independientes son un conjunto de indicadores demográficos y económicos⁴. Mediante esta metodología, pueden compararse los países en términos de sus niveles reales y esperados de desempeño⁵.

A pesar que todos los países con datos disponibles se han empleado para producir los niveles esperados, solo algunos se utilizarán para fines de comparación en los siguientes cuadros. Los resultados de este ejercicio comparan los diez países de América Latina y el Caribe objetos del estudio, con una selección aleatoria de los países miembros de la OCDE, los países 4C (Chile, China, Costa Rica y Cuba) y otras naciones similares (cuadro 2.3)⁶.

En los modelos, la mayor parte de los 10 países del estudio presentan un GTS per cápita inferior a sus niveles esperados. Argentina es la excepción puesto que

Cuadro 2.3 Países en análisis

<i>Diez países seleccionados de LAC</i>	<i>Países miembros del OCDE (selección aleatoria)</i>	<i>Otros países (selección aleatoria)</i>
Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México, Perú, Uruguay	Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Corea, Dinamarca, Estados Unidos, Estonia, Francia, Hungría, Israel, Japón, Nueva Zelanda, Suecia, Turquía	Bolivia, China, Cuba, República Dominicana, Haití, India, Federación Rusa, Sudáfrica, Tailandia

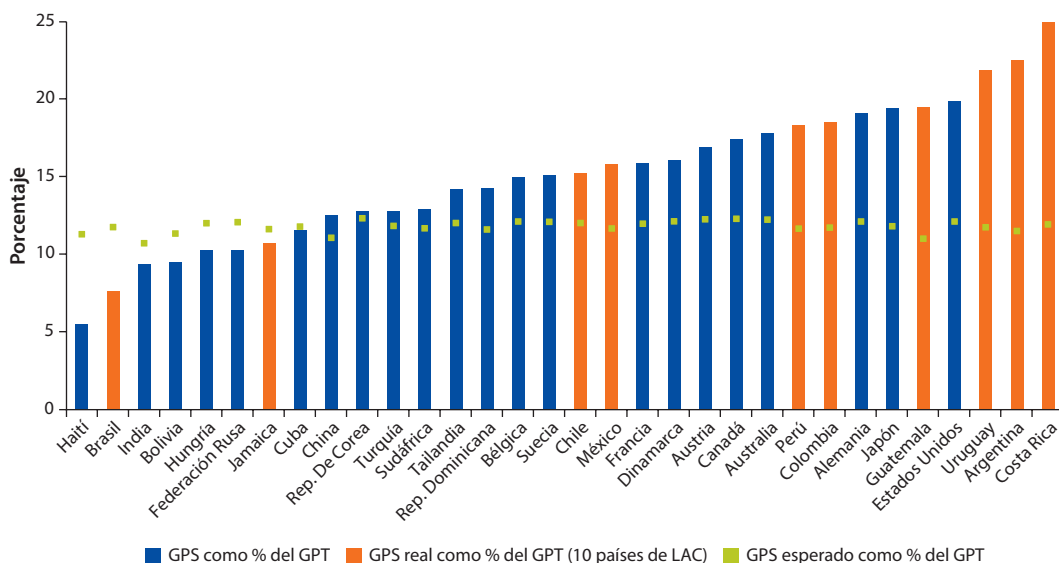
Gráfico 2.15 Gasto total en salud, real y esperado per cápita en PPA

Fuente: Banco Mundial. Cálculos con base en los Indicadores del Desarrollo Mundial 2012.

Nota: LAC = América Latina y el Caribe; PPA = paridad del poder adquisitivo; GTS = gasto total de salud.

su GTS per cápita es mayor a lo esperado; cabe señalar que, de todos los países utilizados en el ejercicio, Argentina tiene uno de los valores esperados más bajos. Además, el GTS per cápita de los países del estudio son mucho más bajos en comparación con los países miembros de la OCDE. Por ejemplo, Estados Unidos tiene un GTS per cápita tres veces mayor que su valor esperado. A pesar que el gasto real en la región de LAC oscila entre USD 350 y USD 1 750, el cual es más alto que en otras regiones, los gastos de los países miembros de la OCDE van desde USD 1 750 hasta USD 9 000 (gráfico 2.15).

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total es la variable que presenta la mayor varianza en los diez países del estudio. Salvo Brasil y Jamaica, todos los países de LAC presentan valores más altos que los esperados. En términos relativos, Costa Rica, Argentina y Uruguay invierten la mayor parte en salud como proporción de su gasto gubernamental. Los demás países caen en un rango medio, en línea con muchos de los países miembros de la OCDE. El gasto público en salud esperado como porcentaje

Gráfico 2.16 Gasto público en salud, real y esperado como porcentaje del gasto público total

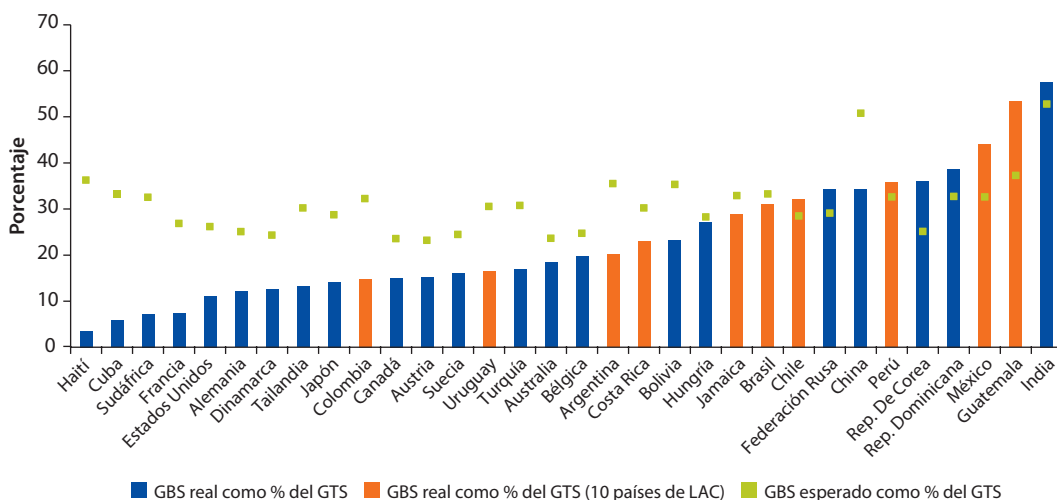
Fuente: Banco Mundial. Cálculos con base en los Indicadores del desarrollo mundial 2012.

Nota: GPS = gasto público en salud; GPT = gasto público total; LAC = América Latina y el Caribe.

del gasto gubernamental oscila entre el 10 y el 13 por ciento en casi todos los países (gráfico 2.16).

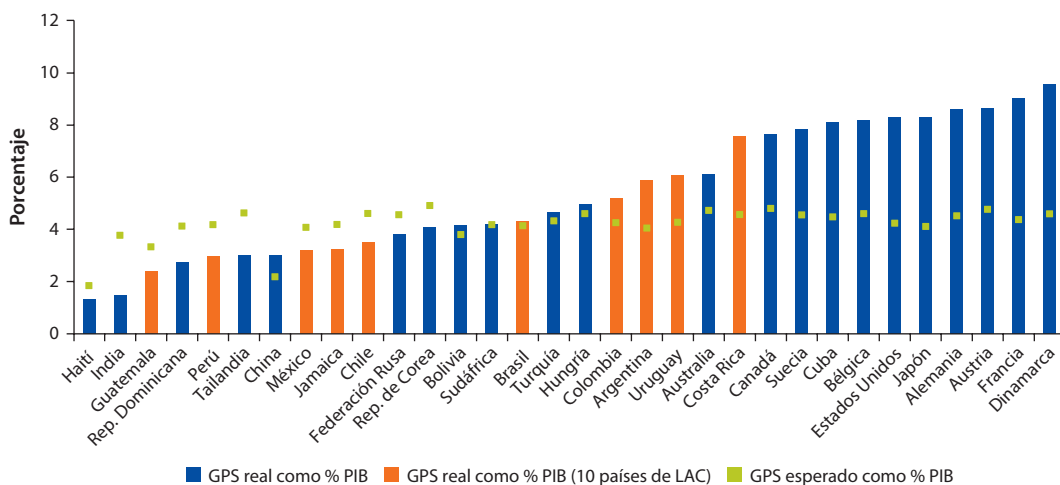
Los diez países de América Latina y el Caribe por lo general presentan gastos de bolsillos más altos que la mayoría de los países miembros de la OCDE, con la excepción de la República de Corea. Sin embargo, tal como lo muestra el gráfico 2.17, el gasto de bolsillo como porcentaje del GTS en Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Jamaica y Uruguay es más bajo que lo esperado debido a su condición económica y demográfica. Chile, Guatemala, México y Perú presentan un gasto de bolsillo mayor a lo esperado. Si una parte significativa del GTS en un país está sufragada por el gasto de bolsillo, entonces más personas enfrentarán el riesgo de catástrofe financiera y quizás renuncien a recibir atención. Un gasto de bolsillo más bajo aminora este problema y podría hacer que la población goce de mejor salud.

Tal como se indicó líneas atrás, la mayor parte de los países estudiados presentan un mayor gasto público en salud como porcentaje del gasto público total gubernamental, mayor a lo esperado. Al compararlo con el PIB, la mitad de los diez países estudiados tienen un gasto público en salud mayor que lo esperado como porcentaje del PIB (gráfico 2.18). Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y Uruguay presentan un gasto público en salud mayor que lo esperado; Costa Rica es el que más se acerca al porcentaje real incurrido por los países miembros de la OCDE. Asimismo, el gráfico 2.18 muestra que el gasto público esperado como porcentaje del PIB cae un 4 por ciento en casi todos los países.

Gráfico 2.17 Gasto de bolsillo en salud, real y esperado como porcentaje del gasto total en salud

Fuente: Banco Mundial. Cálculos con base en los Indicadores del desarrollo mundial 2012.

Nota: LAC = América Latina y el Caribe; GBS = gasto de bolsillo en salud; GTS = gasto total en salud.

Gráfico 2.18 Gasto público en salud, real y esperado como porcentaje del PIB

Fuente: Banco Mundial. Cálculos con base en los Indicadores del desarrollo mundial 2012.

Nota: GPS = gasto público en salud; PIB = producto interno bruto; LAC = América Latina y el Caribe.

A pesar que los países de LAC se encuentran rezagados en relación con los países miembros del OCDE en casi todas las medidas, superan sus valores esperados. Dicho éxito quizás se debe en parte a las políticas y programas diseñados para avanzar hacia la construcción de la CUS e implementados en los 10 países estudiados de LAC.

Avances observados en LAC

La democratización, acompañada de un crecimiento económico sostenido y equitativo y de amplias reformas sociales, ha permitido mejorar las condiciones de vida y ha impulsado la demanda por mejores servicios de salud. En este entorno, la salud ha emergido como un derecho humano fundamental y, a su vez, la CUS ha surgido como un medio para hacer de este derecho una realidad.

El ejercicio demuestra que los diez países del estudio en términos generales están a la zaga de los países de alto rendimiento miembros de la OCDE, pero adelantados con respecto a la mayoría de países menos desarrollados. Los países de LAC también muestran una tendencia de desempeñarse mejor más allá de las expectativas, lo cual se podría atribuir en parte a la existencia de sólidas políticas públicas y al incremento del gasto público en salud. La región continúa mostrando mejores resultados en salud y economías robustecidas. No obstante, a pesar de los avances, los niveles de desigualdad continúan siendo muy elevados. Para contrarrestar la desigualdad, los países deben mantener la estabilidad macroeconómica y adaptarse a las dinámicas demográficas, las cuales incentivan la demanda por una cobertura de salud más integral. La región debe encontrar la manera para ampliar el espacio fiscal a favor del sector salud. Es casi seguro que la desaceleración del crecimiento demográfico continúe y que las poblaciones de los países de manera progresiva vayan envejeciendo. Esta tendencia desafiará a la región para que se torne más creativa y sepa cómo ampliar la protección financiera y la cobertura de la atención en salud de una manera sostenible que le permite afrontar tanto las ENT como las enfermedades infecciosas.

Notas

1. El término “gasto gubernamental en la salud” es la terminología oficial de las Cuentas Nacionales de Salud. Esta variable comprende fondos provenientes de los ingresos fiscales y de los fondos del seguro social. Esta variable también es conocida como “gasto público de salud”. Ambos términos se emplean indistintamente en el presente informe.
2. Los jefes de Estados africanos aprobaron la Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras enfermedades infecciosas (OAU, 2001), la cual establece la meta del 15 por ciento del gasto gubernamental total que debe destinarse al sector de salud.
3. El GTS comprende el gasto gubernamental de salud más el gasto privado de salud. Este último se puede dividir en gastos de bolsillo y otros gastos privados.
4. Se hicieron varias regresiones utilizando el GTS per cápita, gubernamental, como porcentaje del gasto público, el gasto de bolsillo (GdB) como porcentaje del GTS, la tasa de mortalidad materna, esperanza de vida, mortalidad infantil y tasas de fallecimiento como variables dependientes. Controlamos el nivel de desarrollo y la demografía utilizando el PIB, el tamaño de la población y la tasa de dependencia como variables independientes. Se derivó un valor único para cada variable utilizando los datos del año 2012. Con base en los controles, se pudo calcular un valor esperado por cada año para luego compararlo con el valor real para ver si el país tiene un desarrollo por encima, por debajo o acorde con el valor esperado.

5. Los comparadores se escogieron para representar un amplio espectro que abarcaba desde el gasto público de salud, el gasto privado (parcialmente indicado por el gasto de bolsillo) de salud hasta los resultados medibles de salud. Estos indicadores incluso contenían conjuntos de datos completos para los países en cuestión y arrojaron una gama de resultados significativos.
6. La Comisión Lancet (que estuvo a cargo de la revisión del caso de las inversiones en salud en ocasión del 20.º aniversario del Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993) utilizó los países 4C como referencia porque alcanzaron altos niveles de salubridad en 2011 a pesar de haber sido clasificados como países de ingreso mediano-bajo dos décadas atrás (Jamison *et al.*, 2013).

Referencias bibliográficas

- Anderson, T. P. (1988), *Politics in Central America: Guatemala, El Salvador, Honduras and Nicaragua*, Westport, CT: Greenwood Publishing Group.
- Banco Mundial (2011), "LAC's Decade: Ending or Beginning?", presentación del economista jefe para LAC, Banco Mundial, Washington, DC, 20 de octubre.
- (2012), *Indicadores del desarrollo mundial*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Bhutta, Zulfiqar A. (2004), *Maternal and Child Health in Pakistan: Challenges and Opportunities*, Nueva York: Oxford University Press.
- Bonilla-Chacín, María Eugenia, ed. (2014), *Promoviendo una vida saludable en América Latina y el Caribe: Factores de riesgos de las ENT en América Latina y el Caribe*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Carrión, Diego (2001), "Democracia y Participación Social en Ciudades Latinoamericanas", *Development in Practice* 11 (2-3): 208-17.
- Catoggio, María Soledad (2014), "La última dictadura militar argentina (1976-1983): La ingeniería del terrorismo de Estado", *Online Encyclopedia of Mass Violence*, http://www.massviolence.org/IMG/pdf/AB_Case_Study_The_last_military_dictatorship_in_Argentina.pdf.
- Cavagnero, E., B. Daelmans, N. Gupta, R. Scherpbier y A. Shankar (2008), "Assessment of the Health System and Policy Environment as a Critical Complement to Tracking Intervention Coverage for Maternal, Newborn and Child Health", *The Lancet* 371: 1284-93.
- Cepeda, Manuel José (2004), "Judicial Activism in a Violent Context: The Origin, Role and Impact of the Colombian Constitutional Court", *Washington University Global Studies Law Review* 3: 529-700.
- Cetrangolo, O., G. Cruces, E. Fajnzylber y M. Hopenhayn (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, Uruguay: Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Conaghan, C. M., y R. Espinal (1990), "Unlikely Transitions to Uncertain Regimes? Democracy without Compromise in the Dominican Republic and Ecuador", *Journal of Latin American Studies* 22 (3): 553-74.
- Cord, L., L. Lucchetti y C. Rodríguez-Castelán (2013), *Shifting Gears to Accelerate Shared Prosperity in Latin America and Caribbean*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Dangl, Benjamin (2007), *The Price of Fire: Resource Wars and Social Movements in Bolivia*, AK Press.

- De la Torre, A., y E. L. Yeyati (2013), *Latin America and the Caribbean as Tailwinds Recede: In Search of Higher Growth*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Doumerc, E. (2003), *Caribbean Civilisation: The English-Speaking Caribbean Since Independence*, Toulouse: Presses Universitaires du Mirail.
- Draaisma, J. y N. Zamecnik (2014), *Can LAC Afford Opportunities for All: The Distributional Impact of Fiscal Policy in LAC*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Ferreira, F. H. G., J. Messina, J. Rigolini, L. F. López-Calva, M. A. Lugo y R. Vakis (2013), *Economic Mobility and the Rise of the Latin American Middle Class*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Fiszbein, Ariel, Norbert Rudiger Schady y Francisco H. G. Ferreira (2009), *Conditional Cash Transfer: Reducing Present and Future Poverty*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Flisser, Ana (2009), “La medicina en México hacia el siglo XX”, *Gaceta Médica de México* 145 (4): 353–356.
- Garret, J. y M. Ruel (2003), “Stunted Child–Overweight Mother Pairs: An Emerging Policy Concern”, documento para discusión de la Food Consumption and Nutrition Division 148, IFPRI, Washington, DC.
- Godinho, J. (2013), *Latin America: Making Sure Anti-Tobacco Efforts Don't Go Up in Smoke*, Washington, DC: Banco Mundial, <http://blogs.worldbank.org/latinamerica/latin-america-making-sure-anti-tobacco-efforts-don-t-go-smoke>.
- Grosh, M., A. Fruttero y M. L. Oliveri (2014), “The Role of Social Protection in the Crisis in Latin America and the Caribbean”, en *Understanding the Poverty Impact of the Global Financial Crisis in Latin America and the Caribbean*, editado por M. Grosh, M. Bussolo y S. Freije, Washington, DC: Banco Mundial.
- Harding, R. C. (2006), *The History of Panama*, Greenwood Publishing Group.
- Huntington, Samuel P. (1991), *The Third Wave: Democratization in the Late Twentieth Century*, Norman: University of Oklahoma Press.
- FMI (Fondo Monetario Internacional) (2013), *Regional Economic Outlook 2013: Western Hemisphere: Time to Rebuild Policy Space*, Washington, DC: IMF, <http://www.imf.org/external/pubs/ft/reo/2013/whd/eng/pdf/wreo0513.pdf>.
- Iunes R., L. Cubillos-Turriago y M. L. Escobar (2012), “Cobertura universal en salud y litigios en América Latina”, En Breve 178, Banco Mundial, Washington, DC.
- Jamison, Dean T., Lawrence H. Summers, George Alleyne, Kenneth J. Arrow, Seth Berkley, Agnes Binagwaho, Flávia Bustreo, David Evans, Richard G. A. Feachem, Julio Frenk, Gargee Ghosh, Sue J. Goldie, Yan Guo, Sanjeev Gupta, Richard Horton, Margaret E. Kruk, Adel Mahmoud, Linah K. Mohohlo, Mthuli Ncube, Ariel Pablos-Méndez, K. Srinath Reddy, Helen Saxenian, Agnes Soucat, Karen H. Ulltveit-Moe y Gavin Yamey (2013), “Global Health 2035: A World Converging within a Generation”, *The Lancet* 382 (9908): 1898–955.
- Kolb, G. L. (1974), *Democracy and Dictatorship in Venezuela, 1945–1958*, Connecticut College Monograph 10, Hamden, CT: Archon.
- Lambert, P. (2000), “A Decade of Electoral Democracy: Continuity, Change and Crisis in Paraguay”, *Bulletin of Latin American Research* 19 (3): 379–96.
- Landivar, Jacinto (2004), *Historia de la medicina*, Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina, Cuenca, Ecuador.
- Le Gales-Camus, C. y J. Epping-Jorda (2005), *Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Maeda, Akiko (2014), *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development—A synthesis of 11 Country Case Studies*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Mainwaring, S. y A. Pérez-Liñán (2005), “Latin American Democratization since 1978: Democratic Transitions, Breakdowns and Erosions”, en *The Third Wave of Democratization in Latin America: Advances and Setbacks*, editado por F. Hagopian and S. Mainwaring, Nueva York: Cambridge University Press.
- Marinho, F., V. Gawryszewski, P. Soliz y A. Gerger (2013), *Region of the Americas: Changes and Challenges*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Miranda Canal, Néstor (1984), “Apuntes para la historia de la medicina en Colombia”, *Ciencia, Tecnología y Desarrollo* 3 (12).
- Naciones Unidas (1949), *Anuario de las Naciones Unidas, 1948–49*, Nueva York: Naciones Unidas.
- (1976), “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- (sin fecha), base de datos de la Colección de Tratados de las Naciones Unidas (visitada el 11 de noviembre de 2014), https://treaties.un.org/pages/viewdetails.aspx?chapter=4&lang=en&mtdsg_no=iv-3&src=treaty#EndDec.
- OAU (Organización de la Unidad Africana) (2001), “Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas”, Cumbre Africana sobre el VIH/SIDA, Tuberculosis y otras Enfermedades Infecciosas, Abuja, Nigeria, abril 24–27, OAU/SPS/Abuja/3, http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf.
- Omran, Abdel R. (1998), “The Epidemiologic Transition Theory Revisited Thirty Years Later”, *World Health Statistics Quarterly* 51: 99–119.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (1946), Constitución, Ginebra: OMS.
- (2010), *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- (2014), *Enfermedades no transmisibles: Perfiles de países 2014*, Ginebra: OMS, <http://www.who.int/nmh/countries/en/>.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2010), “Health and Human Rights”, documento conceptual 50/12, 50.º Consejo Directivo, OPS, Washington, DC.
- (2014), *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud*, 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, Washington, DC: OPS (documento CD53/5, rev. 2).
- Pogrebinschi, Thamy (2013), “The Pragmatic Turn of Democracy in Latin America”, trabajo presentado ante la Reunión Anual de la American Political Science Association, Chicago, IL, del 29 de agosto al 1 de septiembre.
- Przeworski, Adam, ed. (2000), *Democracy and Development: Political Institutions and Well-Being in the World, 1950–1990*, vol. 3, Nueva York: Cambridge University Press.
- Ravallion, M. (2013), *The Idea of Antipoverty Policy*, Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research.
- Rofman, Rafael (2005), “Social Security Coverage in Latin America”, documentos de debate de protección social 0523, Banco Mundial, Washington, DC.
- Rutgers, W. y S. Rollins (1998), “Dutch Caribbean Literature”, *Callaloo* 21 (3): 542–55.

- Sáenz, María del Rocío, Juan Luis Bermúdez y Mónica Acosta (2010), "Universal Coverage in a Middle-Income Country: Costa Rica", documento de antecedentes, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Schiller, N. G. (2005), "Long-Distance Nationalism", en *Encyclopedia of Diasporas: Immigrant and Refugee Cultures Around the World. Part II*, editado por Melvin Ember, Carol R. Ember e Ian Skoggard, 570–80, Nueva York: Springer.
- Shrimpton, Roger y Claudia Rokx (2012), *The Double Burden of Malnutrition: A Review of Global Evidence*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Singh, Chaitram (2008), "Re-democratization in Guyana and Suriname: Critical Comparisons", *European Review of Latin American and Caribbean Studies* 84 (Abril): 71–85.
- Skidmore, Thomas E. (2009), *Brazil: Five Centuries of Change*, Nueva York: Oxford University Press.
- Sondrol, Paul C. (1992), "1984 Revisited? A Re-Examination of Uruguay's Military Dictatorship", *Bulletin of Latin American Research* 11 (2): 187–203.
- The Economist* (2013), "The Latinobarómetro Poll. Listen to Me: A Slightly Brighter Picture for Democracy, But Not for Liberal Freedoms", <http://www.economist.com/news/americas/21588886-slightly-brighter-picture-democracy-not-liberal-freedoms-listen-me>.
- Tobar, Federico (2001), *Breve historia de la prestación del servicio de salud en Argentina*, Buenos Aires: Ediciones Isalud.
- Valenzuela, Julio Samuel y Arturo Valenzuela, eds. (1986), *Military Rule in Chile: Dictatorship and Oppositions*, Johns Hopkins University Press.
- World Policy Forum (2014), "Does the Constitution Guarantee Citizens the Right to Health?", <http://worldpolicyforum.org/global-maps/do-citizens-have-a-specific-right-to-health/>.
- Yamin, A. E. y O. Parra-Vera (2009), "How Do Courts Set Health Policy? The Case of the Colombian Constitutional Court", *PLoS Med* 6 (2), <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2642877/pdf/pmed.1000032.pdf>.
- Youngers, C. (2000), *Peru: Democracy & Dictatorship*, Interhemispheric Resource Center.
- Zúñiga, J. M., S. P. Marks y L. O. Gostin, eds. (2013), *Advancing the Human Right to Health*, Nueva York: Oxford University Press.

Políticas de cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe

Tania Dmytraczenko, Fernando Montenegro Torres y Adam Aten

Resumen

En las últimas décadas, los Gobiernos en toda América Latina y el Caribe (LAC) han robustecido el desempeño de sus sistemas de salud al elaborar nuevas políticas e intervenciones diseñadas para hacer realidad la visión de la cobertura universal en salud (CUS). Los Gobiernos se han centrado en reducir la fragmentación de la financiación y la organización de los sistemas de salud; en armonizar el alcance y la calidad de los servicios a través de los subsistemas; en aumentar los fondos provenientes del sector público de manera más integrada e integral, y en crear incentivos que promuevan el logro de mejores resultados en materia de salud y protección financiera. Las políticas de salud han hecho hincapié en que los derechos sean explícitos; en el establecimiento de garantías exigibles, y en la institución de incentivos por el lado de la oferta encaminados a mejorar la calidad de la atención y reducir las barreras geográficas al acceso. Los Gobiernos también han desplegado esfuerzos para mejorar la gobernanza y la rendición de cuentas. En este capítulo se evalúan estos cambios y se identifican las tendencias claves en las políticas para impulsar la cobertura universal en salud en toda la región, especialmente en países con sistemas de salud variados que afrontan retos bien diferenciados.

Introducción

Tal como se analizó en el capítulo anterior, durante las últimas dos décadas, la región de LAC experimentó cambios acelerados en sus perfiles demográficos y epidemiológicos, a la vez que disfrutó de un período de estabilidad y crecimiento económico. La consolidación de los derechos a vivir en democracia elevó la demanda y facilitó la adopción de políticas sociales progresivas destinadas a mejorar el bienestar de la población. En vista que se iban solucionando poco a poco las necesidades más elementales de la población – tal como lo muestra el aumento de la esperanza de vida y del ingreso, así como el

crecimiento de la clase media – las personas dirigieron su influencia política para demandar mejoras en el acceso a servicios de salud de alta calidad y a una mayor transparencia por parte del sector público. En años recientes, los formuladores de políticas han hecho esfuerzos por responder a dichas demandas al poner en práctica un nuevo conjunto de reformas inclusivas de salud con la finalidad de ampliar la cobertura de servicios de mejor calidad y asequibles para todos aquellos que los necesiten.

La búsqueda por avanzar hacia la construcción de la CUS ha sido el pilar central de las reformas promulgadas en LAC, impulsando el diseño de políticas que den solución a las cambiantes necesidades de la población y perfiles epidemiológicos (Baeza y Packard, 2006). Lo anterior resulta evidente en las reformas que llevó a cabo Chile y que devinieron en la creación del FONASA (Fondo Nacional de Salud) en 1981 y el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) en 2005; el régimen especial de Costa Rica en 1984 dirigido a indigentes y en fechas posteriores, a mediados de la década de 1990, la integración de los proveedores de Atención Primaria en Salud (APS) del Ministerio de Salud al sistema social de aseguramiento en salud; el *Sistema Único de Saúde* (SUS) de Brasil en 1988, incluida la iniciativa insignia denominada *Programa Saúde da Família*, ampliada a finales de la década de 1990; el Sistema Nacional de Seguridad Social Integral de Colombia instituido por la adopción de la Ley N.º 100 en 1993; el Seguro Maternoinfantil de Perú en 1999, el cual en el año 2002 pasó a ser parte del Seguro Integral de Salud (SIS); el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), el cual tiene como principal pilar al Seguro Popular en México a partir de 2003; el Plan Nacer de 2004 en Argentina y su versión ampliada, Plan Sumar, en 2012, y el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de Uruguay en 2007. Esta lista no es exhaustiva, pero cubre las principales reformas que se han emprendido para avanzar hacia la construcción de la CUS.

A pesar de compartir lazos históricos y enfrentar problemas económicos similares, los países de LAC han tomado caminos divergentes para hacer realidad sus aspiraciones de cumplir progresivamente con la promesa de la CUS. Varios países promulgaron grandes reformas que abarcaron tanto el subsistema de la atención médica bajo el seguro social financiado con los impuestos a la renta salarial que cubrieron en su mayor parte a los empleados del sector formal y el subsistema financiado con los ingresos fiscales a través de los ministerios de salud para cubrir en teoría a toda la población, pero que en la práctica los ministerios carecieron de suficientes presupuestos y de eficiencia para cumplir con el mandato encomendado y por defecto, se convirtieron en subsistemas dirigidos a atender a los segmentos poblacionales más pobres. Otros países optaron por reformas que abordaron directamente un sistema único.

La diversidad de experiencias en la región revela que no existe una fórmula única para alcanzar la CUS y que, si un país la ha hecho realidad o no o si está en el camino “correcto” para alcanzarla, no se puede responder con un simple sí o no. El afán de alcanzar la CUS está forjado por un contrato social y cada país posee sus mecanismos institucionales únicos y políticas a disposición para

llevar las reformas que hagan de la CUS una realidad. Además, los formuladores de políticas confrontan desafíos propios del país y deben trabajar para fortalecer la salud de sus poblaciones dentro de dichas limitantes y de los recursos disponibles. Asimismo, la CUS no es estática. Las políticas públicas necesitan actualizarse de manera continua porque las realidades socioeconómicas, epidemiológicas y demográficas cambian, mientras que las innovaciones aplicadas a las medidas de salud pública, atención médica y tecnologías de diagnóstico expanden el alcance de las posibles respuestas ante las necesidades y demandas de salud de poblaciones individuales. De hecho, la Asamblea Mundial de la Salud (58.33) y la Resolución de la OPS CD53/5 señalaron que los Estados miembros deben hacer una planificación estratégica de las rutas a tomar e insinuaron que alcanzar la CUS debe verse más como una travesía y no como un destino (OPS, 2014; OMS, 2005).

Sin embargo, surgen características comunes en las políticas emprendidas para avanzar hacia la construcción de la CUS en las últimas décadas en la región. Como parte del estudio, los antecedentes documentales fueron desarrollados bajo la Serie de Estudios UNICO sobre la cobertura universal en salud de nueve países de LAC: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México y Perú. La Serie UNICO aplica un protocolo estructurado para revisar políticas aplicadas a: 1) la gestión del paquete de prestaciones o beneficios; 2) la gestión de la inclusión de grupos pobres y vulnerables; 3) una mayor eficiencia en la prestación de la atención de salud; 4) el abordaje de los retos de la atención primaria, y 5) el ajuste de los mecanismos de financiación para alinear mejor los incentivos. Los estudios de casos analizaron las políticas destinadas a ampliar la cobertura efectiva para los segmentos pobres y vulnerables. El presente capítulo se basa en estos estudios de casos para presentar un análisis comparativo de las principales políticas ampliadoras de la cobertura en la región y resume las lecciones aprendidas en el avance hacia la CUS, con la finalidad de arrojar luces para los países que emprenden este camino. Cabe señalar, no obstante, que las reformas aplicadas estuvieron determinadas por factores contextuales únicos de cada país y, por ende, generalizamos los hallazgos en la medida de lo posible, a la vez que se resaltan las consideraciones específicas de cada país.

Marco conceptual de políticas para avanzar hacia la construcción de la CUS en la región

Alcanzar la CUS ha sido un objetivo permanente de las reformas de salud en LAC; sin embargo, hasta hace poco gran parte del debate político se centraba en el aspecto de la financiación, particularmente en las ventajas de los sistemas de seguro social financiados por nómina (el modelo Bismark) en comparación con aquellos financiados por los ingresos fiscales (el modelo Beveridge) y en los fondos comunes únicos comparados con los fondos comunes múltiples. No obstante, esta dicotomía es una caracterización muy simplista de la agenda de las reformas. “Lo que en realidad importa en alcanzar la cobertura universal en salud es garantizar que toda la población tenga acceso a servicios aceptables

(según la definición de la sociedad) y a protección financiera” (Baeza y Packard, 2006, 137). Trasladar a las personas de un sistema de mancomunidad de riesgos a otro quizá no sea suficiente o necesario para alcanzar esta meta. De hecho, una gama mucho más amplia de políticas se ha aplicado en la región para aliviar las barreras financieras que restringen el acceso y para ampliar servicios de salud equitativos en beneficio de la población, especialmente los segmentos pobres o en riesgo de empobrecerse a causa de gastos médicos.

El marco propuesto por Busse, Schreyögg y Gericke (2007) —mencionado en el *Informe sobre la salud en el mundo 2008* y en la edición levemente modificada de 2010— es útil para analizar la gama de reformas empleadas para impulsar la CUS en LAC. El marco se le conoce en términos coloquiales como el “cubo de la OMS” y propone que el avance hacia la CUS debe darse en tres dimensiones: cobertura de la población, beneficios y financiación¹. Este marco se puede aplicar sin importar la estructura del sistema de salud de un país, su modelo de atención o mecanismo de financiación.

Cobertura de la población

Conocida por lo general como la amplitud de la cobertura, esta dimensión se refiere a la ampliación hacia segmentos de la población que antes no estaban cubiertos. En LAC, los ministerios de salud en teoría cubren a toda la población, pero las políticas para impulsar la CUS han tornado los derechos explícitos y los han garantizado a través de financiación. Los criterios para optar a estos derechos pueden ser universales o estar restringidos a ciertos grupos poblacionales. Quizás requieran o no la afiliación de beneficiarios y quizás la afiliación sea obligatoria o voluntaria.

Cobertura de los beneficios

Llamada también profundidad de la cobertura, esta dimensión hace una descripción del paquete de servicios o beneficios a los que tiene derecho a recibir la población. Para determinar las necesidades de atención de la población, por lo general, se instituye un proceso formal que toma en cuenta la demanda, las expectativas y los recursos que la sociedad está dispuesta y puede asignarle a la atención de salud. Algunos países tienen beneficios abiertos que no especifican qué está cubierto o no, mientras que otros han adoptado listas positivas o negativas que detallan las intervenciones que están cubiertas o excluidas. Los alcances pueden variar mucho en cuanto al número de enfermedades y dolencias tratadas, así como en la complejidad de la atención brindada.

Financiación

Esta dimensión se refiere a la protección financiera, es decir, hasta qué punto los hogares pueden utilizar los servicios que necesitan sin pasar por penurias financieras al incurrir en gastos de bolsillo. Sin embargo, sostenemos que esta perspectiva es demasiado estrecha porque el monto total de recursos disponibles para el sector salud y su uso eficiente influyen en la capacidad para alcanzar los objetivos de la CUS. Por lo tanto, la discusión que sigue aborda con profundidad esta

dimensión porque toma en cuenta tres subfunciones de la financiación: 1) movilización de recursos para generar recursos suficientes y sostenibles; 2) mancomunidad de recursos para garantizar que se compartan los recursos financieros asociados con el acceso al sistema de atención de salud; 3) adquisición de servicios eficientes y equitativos (Carrin, James y Evans, 2005; Kutzin, 2001).

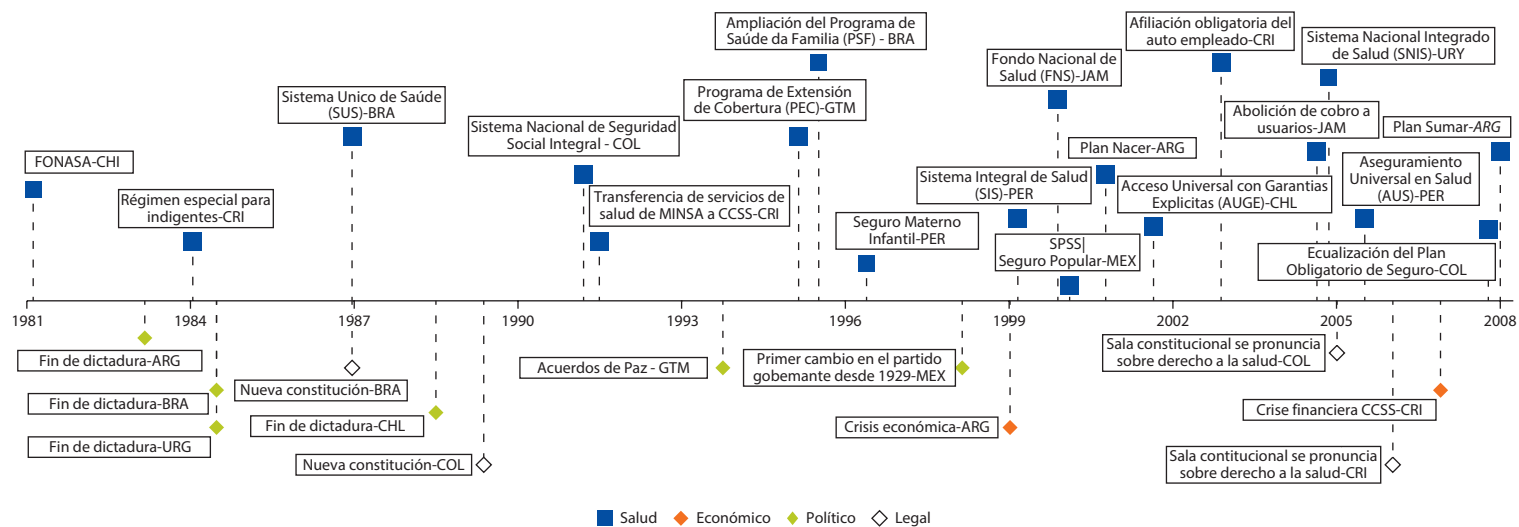
Si bien el cubo de la OMS es un concepto útil para examinar el progreso hacia la CUS, no es un marco para analizar el desempeño del sistema de salud. Una limitación del presente informe es que no presenta una evaluación integral de las políticas y de los programas destinados a fortalecer los sistemas de salud. Reconocemos que esta es una limitación del presente informe.

Revisión comparativa de las políticas que impulsan la CUS en LAC

Las reformas emprendidas en la región para avanzar hacia la construcción de la CUS abarcan una amplia gama de políticas e intervenciones destinadas a ampliar el acceso a los servicios de salud, a la vez que protegen a las personas de posibles penurias financieras. Analizamos las experiencias de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica, Guatemala, México, Perú y Uruguay desde la perspectiva de cómo las reformas han abordado la cobertura de la población, la cobertura de los beneficios y la financiación del sistema. El gráfico 3.1 muestra una línea de tiempo de las principales reformas revisadas en el presente capítulo. A pesar que no se trata de una revisión exhaustiva de las reformas relacionadas con la CUS en toda la región, dichas políticas son emblemas de cambios positivos que están ocurriendo.

Tal como se analizó en el capítulo anterior, las reformas emprendidas para avanzar hacia la construcción de la CUS en LAC se dieron dentro de un contexto económico, político y legal que dio lugar y confeccionó las políticas ejecutadas en el sector salud; algunos eventos claves se muestran en la parte inferior del gráfico 3.1. Asimismo, merece destacar que las reformas no se formularon sobre un papel en blanco, sino que estuvieron dirigidas a resolver fragilidades específicas dentro de los sistemas de salud existentes. Si bien cada país en la región de LAC posee sus propias particularidades, comparten una historia común en la evolución de las políticas de salud en el último siglo que creó dos subsistemas separados y desiguales según los estratos socioeconómicos y laborales; un subsistema social de aseguramiento en salud con mayor financiación, cuyo acceso está restringido solo a los cotizantes y sus familiares y el ministerio de salud financiado con fondos fiscales, destinado a beneficiar a toda la población, pero que en la práctica, atiende a aquellos que no están cubiertos por los beneficios médicos del seguro social (Atun *et al.*, 2015; Cotlear *et al.*, 2014; Kurowski y Walker, 2010; Ribe, Robalino y Walker, 2010)². Las reformas destinadas a impulsar la CUS han utilizado una serie de abordajes para reducir esta segmentación. Brasil y Costa Rica han optado por un sistema integrado, a pesar de seguir distintos modelos. Costa Rica poco a poco amplió la población beneficiada por un esquema de seguro social único denominado Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS, conocida

Gráfico 3.1 Línea de tiempo: Hitos hacia la CUS en LAC



popularmente como la Caja), financiada en principio por las cotizaciones por nómina de los contribuyentes. Brasil creó el SUS, el cual reemplazó el anterior sistema de atención de salud ofrecida a través del seguro social, financiado a través del presupuesto nacional y subnacional de salud, el cual a su vez están financiados por los ingresos fiscales a los niveles legislados por la constitución (Couttolenc y Dmytraczenko, 2013). La mayoría de los países analizados escogieron un camino hacia el CUS que implicó la creación o ampliación del seguro subsidiado, manteniendo al mismo tiempo un sistema pluralista donde el régimen contributivo coexiste con los mecanismos de mancomunación paralela que emplean los ingresos fiscales para subvencionar la atención dada a los pobres; en este reporte denominamos estos como sistemas semi integrados. Aquellos quienes aún no cuentan con un seguro formal a través de cualquiera de estas entidades pueden continuar teniendo acceso a los servicios que ofrece el ministerio de salud a toda la población. Chile, Colombia y Uruguay han alcanzado elevados niveles de integración en sus sistemas de salud. Chile y Colombia han avanzado en la equiparación de los paquetes de beneficios ofrecidos en los subsistemas. En Uruguay, el SNIS ofrece un paquete único de beneficios tanto para los beneficiarios de los servicios pagados con fondos públicos como para los usuarios del subsistema contributivo. En cada país, sin embargo, persiste una brecha de financiación por beneficiario entre los subsistemas, de tal modo que los beneficiarios subvencionados acceden casi siempre o exclusivamente a través de las instalaciones públicas³. Las reformas en Argentina, México y Perú no han abordado de manera directa los regímenes contributivos, pero han creado sistemas subvencionados que pretenden disminuir las disparidades entre ambos subsistemas. Un tercer grupo de países han optado por segmentar sistemas que mantienen los regímenes de salud del seguro social financiados por los aportes de nómina, al mismo tiempo que se esfuerzan por complementar los servicios del ministerio de salud, más que crear un mecanismo de seguros para los pobres. Guatemala es un ejemplo, donde las reformas contemplan la contratación de proveedores privados en áreas no atendidas por la red pública. El cuadro 3.1 sintetiza las principales características de los sistemas de salud de los países de LAC analizados, haciendo hincapié en la fragmentación existente entre la financiación y la prestación de servicios.

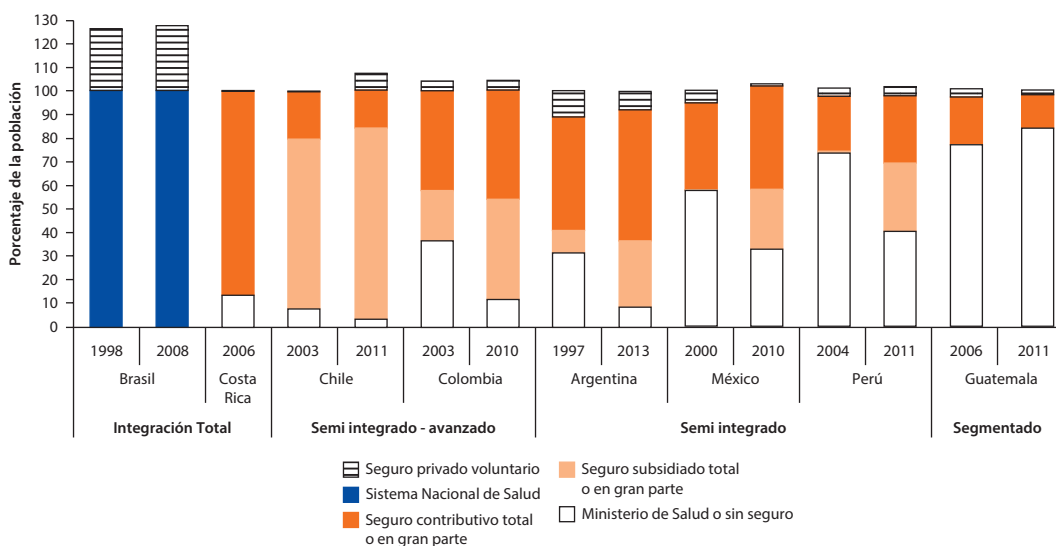
El gráfico 3.2 muestra la cobertura relativa de varios regímenes. En varios países, algunas personas cuentan con la cobertura de más de un régimen, lo que provoca coberturas superiores al 100 por ciento⁴, lo cual es más notable en Brasil, donde un cuarto de la población, la mayoría empleados del sector formal cuenta con un seguro privado complementario. Se deduce que a pesar de que el SUS eliminó la atención de salud por medio del seguro social financiado por los impuestos de nómina, no acabó con la segmentación, la cual persiste a través del seguro privado ofrecido como un beneficio laboral. Incluso, esta práctica se incentiva a través de exenciones tributarias. Lo anterior apunta hacia una limitación en las categorías utilizadas en el gráfico 3.2. La distinción entre los regímenes contributivos y subsidiados no es absoluta. Las cotizaciones aportadas por el

Cuadro 3.1 Principales características de la financiación y prestación de servicios de los sistemas de salud

<i>País</i>	<i>Grado de segmentación</i>	<i>Principal fuente de ingresos</i>	<i>Red primaria de prestación de servicios</i>
Brasil	Integrado	SUS: recursos fiscales	Instalaciones públicas o privadas facilitadas por SUS
Costa Rica	Integrado	Régimen contributivo (CCSS): impuestos de nómina y recursos fiscales (subsidios para grupos vulnerables)	Instalaciones (propias) de la CCSS
Chile	Avanzado Semi integrado	Régimen Contributivo (ISAPRES): impuestos de nómina y primas voluntarias; Régimen Subsidiado (FONASA): impuestos de nómina y recursos fiscales (subsidios para grupos vulnerables)	Instalaciones privadas (ISAPRES); instalaciones privadas (cotizantes de FONASA) y públicas (cotizantes y subvencionados de FONASA)
Colombia	Avanzado Semi integrado	Régimen Contributivo: impuestos de nómina; Régimen Subsidiado: recursos fiscales y cruzados provenientes del Régimen Contributivo	Instalaciones privadas (Régimen Contributivo); Instalaciones públicas (Régimen Subsidiado)
Uruguay	Avanzado Semi integrado	Régimen Contributivo (FONASA): impuestos de nómina; subsidios administrados por separado para grupos vulnerables: recursos fiscales	Instalaciones privadas sin fines de lucro (IAMC); Instalaciones públicas (ASSE)
Argentina	Semi integrado	Régimen contributivo (obras sociales): impuestos de nómina; Régimen Subsidiado (Plan Nacer/ Plan Sumar): recursos fiscales	Instalaciones (propias) del régimen contributivo; instalaciones del ministerio de salud (Plan Nacer/ Plan Sumar)
México	Semi integrado	Régimen contributivo (IMSS, ISSSTE): impuestos de nómina; Régimen Subsidiado (SPSS-Seguro Popular): recursos fiscales	Instalaciones (propias) del régimen contributivo; instalaciones del ministerio de salud (SPSS-Seguro Popular)
Perú	Semi integrado	Régimen contributivo (EsSalud): impuestos de nómina; Régimen Subsidiado (SIS): recursos fiscales	Instalaciones (propias) del régimen contributivo; instalaciones del ministerio de salud (SIS)
Guatemala	Segmentado	Régimen contributivo (IGSS): impuestos de nómina	Instalaciones (propias) del régimen contributivo; instalaciones del ministerio de salud y de organizaciones no gubernamentales con contrato público

Fuentes: Brasil: Couttolenc y Dmytraczenko, 2013; Gragnolati, Lindelow y Couttolenc, 2013; Costa Rica: Montenegro, 2013, Cercone *et al.*, 2010; Chile: Bitrán, 2013; Paraje y Vásquez, 2012; Colombia: Montenegro y Bernal-Acevedo, 2013; Uruguay: Aran y Laca, 2011; Banco Mundial, 2012a; Argentina: Cortez y Romero, 2013; Belló y Becerril-Montekio, 2011; México: Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013, Gómez Dantés *et al.*, 2011, Scott y Díaz, 2013; Perú: Francke, 2013; Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda, 2011; Guatemala: Lao Pena, 2013; Becerril-Montekio y López-Dávila, 2011.

empleador y/o el empleado pueden estar sujetas a deducciones fiscales, tal es el caso del seguro privado en Brasil; o bien los regímenes contributivos podrían recibir subsidios directos, tal es el caso de la CCSS y del Instituto Mexicano del Seguro Social. Inclusive, en vista que las cotizaciones dependen del nivel de ingreso más que de costos actuariales definidos, los fondos del seguro en ocasiones operan en números rojos, sujetos a rescates financieros financiados con los ingresos fiscales (Ribe, Robalino y Walker, 2010). De igual manera, los regímenes subsidiados podrían recibir una financiación parcial a partir de las cotizaciones aportadas. Este es el caso de Colombia, donde existen subsidios cruzados del

Gráfico 3.2 Cobertura de la población por tipo de régimen, 2000–2010 (o el año más cercano)

Fuentes: Estimaciones del estudio con base en Argentina—ECV 1997; SUMAR Memorias 1997; PAMI Memorias 2012; EPH 2013; ENGH 2013; Brasil—PNAD 1998, 2008; Chile—CASEN 2003, 2011; Colombia—ECV 2003, 2010; Costa Rica—ENSA 2006; Guatemala—ENCOVI 2006, 2011; México—ENIGH 2000, 2010; Perú—ENAH 2004, 2011.

Nota: Los datos sobre el seguro voluntario privado en Chile no son comparables a lo largo de horizontes de tiempo porque el CASEN (2003) no recopiló datos sobre este indicador. Tampoco se incluye Uruguay, porque los autores no tuvieron acceso a los datos del censo.

Régimen Contributivo a favor del Régimen Subsidiado del Sistema Nacional de Seguridad Social Integral y de Chile, donde cuatro fondos comprenden FONASA; los miembros pagan sus cotizaciones y reciben subsidios en dependencia de sus capacidades de pago; los usuarios más pobres reciben un subsidio total. El Seguro Popular y SIS están abiertos a toda la población y solo a aquellos con capacidad financiera se les pide hacer una contribución; sin embargo, en la práctica, hay muy pocos miembros aportantes. Una característica que distingue a los regímenes subsidiados y al SUS brasileño del ministerio de salud tradicional es que el primero cuenta con una financiación definida, generalmente por capitación o como un porcentaje de los ingresos, estipulado por ley; por otro lado, el nivel de financiación del segundo está determinado por el proceso de planificación presupuestaria del Gobierno.

Cobertura de la población

Los países de LAC han puesto en marcha diversos modelos para ampliar la cobertura de la población. Algunos han optado por programas dirigidos a grupos demográficos específicos, mientras que otros escogen programas de naturaleza universal. Sin importar el modelo, las reformas de salud han priorizado el uso de subsidios públicos para beneficiar a poblaciones vulnerables. La mayor parte de las reformas demandan la afiliación explícita de los beneficiarios, ya sea de manera obligatoria o voluntaria.

Algunas reformas emprendidas para avanzar hacia la construcción de la CUS están diseñadas para ser universales y sus marcos legales disponen servicios para toda la población. Nos referimos a las reformas de Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica y Uruguay. Otros programas poseen un alcance más corto y abordan dolencias específicas de salud o sub grupos demográficos, tal como se aprecia en Jamaica, donde el *National Health Fund* (NHF) subsidia a los pacientes que sufren de las enfermedades no transmisibles más prevalentes (luego, el Gobierno abolió el cobro de tarifas a los usuarios de las instalaciones de salud pública, lo cual tuvo repercusiones en todos los que utilizan dichos servicios). Los programas de Guatemala y Argentina, al menos al inicio del Plan Nacer, estaban dirigidos principalmente a mujeres y niños, mientras que los programas de México y Perú buscan beneficiar a aquellos no cubiertos por los beneficios de salud del seguro social y que tienden a ser pobres. El cuadro 3.2 ofrece un resumen de las principales características de las reformas destinadas a impulsar la CUS en los países estudiados, incluyendo sus segmentos beneficiarios.

Cuadro 3.2 Principales características de la cobertura de población bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Población atendida</i>	<i>Afiliación</i>
Argentina	Plan Nacer/Plan Sumar	Madres e hijos no cubiertos por el régimen contributivo/ancianas ≤ 65 , adolescentes y niños	Voluntaria
Brasil	<i>Sistema Único de Saúde (SUS)/ Programa Saúde da Família</i>	Toda la población	Sin afiliación
Chile	FONASA/Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Toda la población	Obligatoria
Colombia	Sistema Nacional de Seguridad Social Integral/Régimen Subsidiado	Toda la población, a través de la gestión separada del Régimen Subsidiado y del Régimen Contributivo	Obligatoria
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)/ Ampliación de la población cubierta e integración de la APS	Toda la población	Obligatoria
Guatemala	Programa de Extensión de Cobertura (PEC)	Población que habita en áreas rurales y en áreas de baja densidad	Sin afiliación
Jamaica	<i>National Health Fund</i> (NHF)	Personas diagnosticadas con dolencias crónicas	Voluntaria
México	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)/Seguro Popular	Aquellos no cubiertos por el seguro contributivo	Voluntaria
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS)	Aquellos no cubiertos por el seguro contributivo	Voluntaria
Uruguay	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Toda la población, a través de un fondo contributivo (FONASA) y de fondos fiscales manejados por separado para grupos vulnerables	Obligatoria

Fuentes: Argentina: Cortez y Romero, 2013; Brasil: Couttolenc y Dmytraczenko, 2013; Chile: Bitrán, 2013; Colombia: Montenegro y Bernal-Acevedo, 2013; Costa Rica: Montenegro, 2013; Guatemala: Lao Pena, 2013; Jamaica: Chao, 2013; México: Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013; Perú: Francke, 2013; Uruguay: Aran y Laca, 2011; Banco Mundial, 2012a.

Independientemente del alcance de los programas diseñados para avanzar hacia la construcción de la CUS, las reformas tienden a definir derechos explícitos a través de marcos legales y normativos. Estos programas difieren de los tradicionales ministerios de salud, los cuales, tal como se indicó en páginas anteriores, en teoría cubren a toda la población. La mayoría de los programas de ampliación de cobertura exigen la afiliación formal e individual de los beneficiarios (ver cuadro 3.2). Incluso, ya sea por diseño o por la manera en que son ejecutados, la mayor parte de los programas hacen mucho énfasis en la inclusión de los pobres. Por ejemplo, el SUS de Brasil es universal por naturaleza explícita y no tiene afiliación manifiesta, aunque su iniciativa insignia, *Programa Saúde da Família* arrancó como piloto en la región más pobre del país y su ampliación priorizó a las comunidades rurales sumidas en la pobreza (Couttolenc y Dmytraczenko, 2013). De manera análoga, el programa único de salud a través del seguro social de Costa Rica poco a poco fue abarcando a los trabajadores del sector informal y a los grupos vulnerables, mientras que las reformas en la prestación del servicio emprendidas a mediados de la década de 1990 incorporaron formalmente la infraestructura de la APS del MINSALUD, la cual atendía a los segmentos más pobres, en la estructura común de la verticalmente integrada institución de seguridad social (Montenegro, 2013)⁵. El Seguro Popular de México fue dirigido hacia aquellos que no estaban cubiertos por los regímenes existentes de salud del seguro social, perteneciendo la mayoría al segmento inferior de la distribución de ingresos (Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013). En Chile, FONASA ahora cubre al 82 por ciento de la población y los beneficiarios provienen de todo el espectro de ingresos; los pobres están casi exclusivamente cubiertos por este régimen (el capítulo 4 contiene una discusión más extensa sobre este tema).

Estos programas ejemplifican la naturaleza evolutiva de las reformas diseñadas para avanzar hacia la construcción de la CUS, las cuales expanden la esfera de beneficiarios a través de mecanismos varios. En ocasiones, se logra al capturar poco a poco a la población admisible de un programa existente, tal como se hizo en Chile, Colombia, Costa Rica y México. En otras veces, los programas sufren modificaciones. Por ejemplo, en Argentina, el Plan Sumar nace a partir del Plan Nacer al ampliar los criterios de admisibilidad cubriendo ancianas de hasta 65 años y adolescentes. El SIS de Perú estuvo precedido por dos programas de seguros solo para madres, niños de corta edad y en edad escolar.

Las políticas elaboradas para impulsar la CUS también parten de los sistemas de salud que ya existían. En algunos países, las reformas han ampliado la cobertura de la población al reducir o eliminar la segmentación en los subsistemas financiados con fondos fiscales e impuestos de nómina. Este es el caso de Costa Rica y Brasil, los cuales cuentan con un sistema único integrado que abarca a toda la población (o a la mayoría). Chile y Colombia redujeron sus poblaciones no aseguradas a través de la afiliación en uno de los dos subsistemas, pero los subsidios cruzados y la equiparación de los beneficios entre los dos subsistemas (a través de AUGE en Chile y de una resolución judicial constitucional en Colombia) han contribuido a alcanzar niveles significativos de integración.

Uruguay también equiparó los beneficios entre los subsistemas, aunque la mayor parte de los grupos cotizantes y subsidiados acceden a distintos proveedores. Asimismo, no existen subsidios cruzados provenientes de las cotizaciones de nómina. Estos aspectos se discuten con mayores detalles en las secciones Cobertura de beneficios y Financiación. Por el contrario, las reformas de Argentina, México y Perú ampliaron el subsistema subsidiado sin tocar los regímenes contributivos.

Cobertura de beneficios

Todas las reformas analizadas han avanzado hacia el reconocimiento explícito de los derechos y la mayoría de los países optan por definir una lista positiva de beneficios en vez de presentar beneficios abiertos. Los países que tienen sistemas integrados o etapas más avanzadas de integración tienden a ofrecer beneficios integrales que cubren el espectro que va desde la atención primaria hasta la asistencia de alta complejidad. Las reformas en todos los países hacen mucho énfasis en el fortalecimiento de la APS. Chile, Colombia y Uruguay han emprendido la difícil tarea de equiparar los beneficios entre los subsistemas.

La mayor parte de los países en la región han promulgado políticas fundamentadas en derechos con la finalidad de definir de manera explícita el paquete de beneficios a los que la población tiene derecho. Algunas naciones, entre ellas Brasil, Colombia y Costa Rica, ofrecen beneficios abiertos: es decir, las intervenciones específicas cubiertas no están identificadas. La mayoría de países ofrecen paquetes más circunscritos; sin embargo, el alcance varía considerablemente (ver cuadro 3.3). En Chile y Uruguay, la lista de servicios es integral y comprende atención preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa en todos los niveles de la

Cuadro 3.3 Principales características de los beneficios bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Beneficios cubiertos</i>	<i>Proveedor de servicios</i>
Argentina	Plan Nacer/Plan Sumar	Lista positiva Atención primaria para embarazadas, niños y adolescentes más algunas intervenciones especializadas y muy complejas (por ej., embarazos de alto riesgo, atención neonatal)	Instalaciones del ministerio de salud a nivel federal y estatal
Brasil	<i>Sistema Único de Saúde (SUS)/Programa Saúde da Família</i>	Abiertos	Instalaciones del ministerio de salud a nivel federal, estatal y municipal, más instalaciones privadas contratadas con fondos públicos
Chile	FONASA/Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Lista positiva Beneficios integrales desde la APS hasta la asistencia de alta complejidad, con calidad explícita y copago máximo de 80 condiciones médicas aplicables para los beneficiarios de FONASA e ISAPRES	Instalaciones privadas y del ministerio de salud a través de las cuales los afiliados de FONASA sin capacidad de pago (copago cero) acceden principalmente a instalaciones públicas

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 3.3 Principales características de los beneficios bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS (continuación)

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Beneficios cubiertos</i>	<i>Proveedor de servicios</i>
Colombia	Sistema Nacional de Seguridad Social Integral/Régimen Subsidiado	Abierto con pocas exclusiones Beneficios integrales desde la APS hasta asistencia de alta complejidad, con beneficios iguales tanto en el Régimen Subsidiado como el Régimen Contributivo (Plan Obligatorio de Salud, POS)	Instalaciones privadas y del ministerio de salud, a través de las cuales los beneficiarios acceden principalmente a instalaciones públicas
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)/ Ampliación de la población cubierta e integración de la APS	Abiertos con formularios para medicinas Beneficios integrales desde la APS hasta la asistencia de alta complejidad	Instalaciones de la CCSS
Guatemala	Programa de Extensión de Cobertura (PEC)	Lista positiva Intervenciones básicas de APS	ONG contratadas con fondos públicos
Jamaica	<i>National Health Fund</i> (NHF)	Lista positiva Medicinas prescritas para 15 enfermedades crónicas	Farmacias públicas o privadas acreditadas
México	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)/ Seguro Popular	El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) cubre 284 intervenciones de la atención primaria y secundaria y de sus medicamentos asociados El Fondo de Gastos Catastróficos por Motivos de Salud en México cubre 57 intervenciones de alta complejidad	La mayoría son proveedores de la Secretaría de Salud a niveles federal y estatal
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS)	Lista positiva El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) del SIS Gratuito cubre 140 condiciones, incluyendo la salud materna y neonatal, algunas condiciones obstétricas, cáncer, enfermedades transmisibles y atención aguda, así como algunas ENT y dolencias crónicas. Tres paquetes adicionales con primas variadas contemplan intervenciones de mayor costo	Instalaciones del ministerio de salud a nivel central y regional; la participación de proveedores ajenos al MINSA es limitada porque la tarifa de SIS no cubre el costo total de la intervención
Uruguay	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Lista positiva Beneficios integrales con el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) para toda la población, contempla atención preventiva, curativa, rehabilitadora y paliativa	Instalaciones de instituciones sin fines de lucro (IAMC); instalaciones privadas y públicas descentralizadas (ASSE) para afiliados de FONASA; ASSE para grupos vulnerables subsidiados

Fuentes: Argentina: Cortez y Romero, 2013, sitio web Plan Sumar: http://www.msal.gov.ar/vamosacrecer/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=340&Itemid=290; Brasil: Gragnolati, Lindelow y Couttolenc, 2013; Chile: Bitrán, 2013; Paraje y Vásquez, 2012, sitio web AUGÉ 80: http://web.minsal.cl/AUGE_introduccion; Colombia: Montenegro y Bernal-Acevedo, 2013; Costa Rica: Montenegro, 2013; Guatemala: Lao Pena, 2013; Jamaica: Chao, 2013, sitio web NHF: <http://www.nhf.org.jm>; México: Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013; Scott y Díaz, 2013; Perú: Francke, 2013, sitio web SIS: <http://www.sis.gob.pe/Portal/index.html>; Uruguay: Banco Mundial, 2012a; Ministerio de Salud Pública.

red de servicios. El Seguro Popular de México y el SIS de Perú también cubre una amplia gama de condiciones y dolencias, la mayoría pertenece a la asistencia brindada en la atención primaria y secundaria, con pocas excepciones; en México (e incluso Uruguay), por ejemplo, un fondo separado sufraga la atención de alta complejidad para condiciones médicas enlistadas de poca incidencia pero muy costosas que pueden empobrecer a los hogares afectados. En otras partes, los paquetes van dirigidos a prioridades de salud específicas. Por ejemplo, en Jamaica los beneficios del NHF están limitados a subsidios de medicinas para las ENT y a la abolición del cobro de servicios de salud a los usuarios en las instalaciones públicas. Ambas políticas puestas en práctica en Jamaica abordan el problema de gastos de bolsillo excesivos por motivos de salud. El Programa de Extensión de Cobertura de Guatemala (PEC) contrata organizaciones no gubernamentales para brindar intervenciones de APS gratuitas y hace énfasis en los servicios de salud maternoinfantil. De manera similar, el Plan Sumar de Argentina cubre los servicios de salud maternoinfantil, pero sus beneficios se extienden a adolescentes y mujeres menores de 65 años y contempla ciertos tipos de asistencia especializada y de alta complejidad, especialmente neonatología (por ejemplo, bebés nacidos con condiciones cardíacas congénitas o neumonía), partos y trastornos nutricionales.

Con la excepción del NHF de Jamaica, los paquetes por lo general ofrecen al menos servicios ambulatorios, especialmente de atención primaria en salud. De hecho, el fortalecimiento de la APS fue uno de los principales puntos focales de los programas en toda la región, aún en países con reformas amplias y beneficios integrales. En otras palabras, el énfasis en la atención primaria no consistió simplemente en incluir servicios en los paquetes de beneficios; en muchos casos, también implicó reorientar el modelo de atención hacia la promoción, prevención y alcance comunitario. Costa Rica transfirió las instalaciones de APS que tenía el Ministerio de Salud a la CCSS, además de integrar la red de servicios y de incrementar el acceso para gestionar de una manera más segura y mejorada las enfermedades crónicas en las personas que antes no estaban aseguradas, reduciendo por ende la hospitalización y la atención de emergencia en este grupo demográfico (Cercone *et al.*, 2010). Como parte del *Programa Saúde da Família*, insignia de las reformas brasileñas para avanzar hacia la construcción de la CUS, equipos multidisciplinares de salud están a cargo de brindar la atención primaria en las instalaciones y en la comunidad dentro de las áreas de captación adscritas y fungen como centro de prestación de servicios del SUS (Couttolenc y Dmytraczenko, 2013). El Plan Integral de Atención en Salud (PIAS) del SNIS uruguayo aleja el modelo de atención del enfoque en servicios curativos y lo reorienta hacia un modelo integrado que elimina o reduce en gran medida los copagos para el tratamiento de diabetes e hipertensión, intervenciones de salud materna y servicios preventivos para niños y adolescentes (Sollazzo y Berterretche, 2011; Banco Mundial, 2012a).

Tal como se mencionó antes, los programas y los paquetes de beneficios evolucionan con el tiempo para corresponder cada vez más a las necesidades

epidemiológicas de un país. El SIS de Perú tiene el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), un paquete extensivo de la APS con algunos servicios especializados para el tratamiento de enfermedades no transmisibles y condiciones crónicas. El SIS es el resultado de la consolidación de dos esquemas más específicos—uno para niños en edad escolar y el otro para madres y niños de corta edad— que ofrecían beneficios más limitados (Francke, 2013). El Plan Nacer se fue ampliando hasta devenir en el Plan Sumar, con la finalidad de extender los beneficios más allá de los paquetes maternoinfantiles originales. El Plan AUGE de Chile también definió un paquete esencial cubierto por los dos subsistemas de aseguramiento en salud, el cual se inició con 25 condiciones de salud prioritarias en 2005 y pasó a 69 en 2010 y a 80 en 2014 (Bitrán, 2013; http://web.minsal.cl/AUGE_introduccion). De manera similar, el paquete del Seguro Popular ha ido creciendo con el tiempo, al pasar de 78 intervenciones a 284 en la actualidad. Sin embargo, en ocasiones estas ampliaciones se traducen en revisiones de las políticas porque los países de la región por lo general carecen o poseen mecanismos institucionales débiles que no les permitan llevar a cabo de manera óptima y sistemática la revisión y modificación de las condiciones y servicios incluidos en los paquetes o evaluar la adopción de nuevas tecnologías para ofertar los servicios actuales de manera continua.

A pesar que la promulgación de una reforma fundamentada en derechos representa un gran cambio en las políticas, trasladar los beneficios *de jure* a servicios *de facto* a menudo demanda instituir una serie de políticas, reglamentos y normativas que regulan la financiación y la prestación de los servicios. El otorgamiento de derechos no se traduce de manera automática en servicios disponibles ni necesariamente se convierte en una mayor utilización o en una mejor calidad. Este aspecto se discute en los siguientes capítulos.

Mayormente, las reformas emprendidas para avanzar hacia la CUS en LAC no han descartado las estructuras existentes, pero sí las han adaptado a los nuevos desafíos. En la mayoría de los casos, los mismos proveedores que atendían a los segmentos empobrecidos de la población antes de las reformas, por lo usual proveedores del ministerio de salud, continúan prestando servicios, pero bajo mecanismos modificados. Si bien los servicios no incluidos en los paquetes de beneficios continúan siendo financiados y brindados de la manera tradicional, ahora se aplican nuevos modelos de gestión que sitúan al paciente como el centro de atención y crean incentivos para generar resultados medibles. En varios casos, es necesaria la celebración de contratos formales entre los financiadores y los proveedores de los servicios de salud. Por ejemplo, en Uruguay, la reforma que dio lugar a FONASA en 2007 también posibilitó a sus beneficiarios elegir un proveedor público que luego establecería un contrato administrativo con el agente contratante y recibe pagos por capitación financiados por FONASA. Las reformas en Colombia disponen que los proveedores públicos deben suscribir contratos con las aseguradoras públicas y privadas. No obstante, en la mayoría de los países (entre ellos Colombia y Uruguay), los beneficiarios de los regímenes contributivos continúan siendo atendidos por proveedores privados y/o del seguro social; en cambio, los beneficiarios de los regímenes subsidiados deben ser

atendidos únicamente o casi siempre por proveedores públicos. Las deficiencias persisten en cuanto a acceso equitativo a servicios de calidad en vista de las enormes diferencias entre los servicios brindados entre un subsistema y otro.

Solo unos cuantos países despliegan esfuerzos por resolver estos problemas al equiparar los beneficios o establecer normas de calidad en la atención, aplicables en los subsistemas de aseguramiento en salud. La sentencia T-760/2008 que marcó un hito en Colombia, dispuso unificar el paquete de beneficios ofrecido tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado (Plan Obligatorio de Salud, POS) y las regulaciones subsecuentes hicieron cumplir la resolución al ampliar de manera gradual el POS del régimen contributivo hacia diversos grupos etarios hasta cubrir a todos los beneficiarios del régimen subsidiado en 2012 (Tsai, 2010, Comisión de Regulación en Salud, Acuerdos 04/2009, 011/2010, 027/2011 y 032/2012). La reforma de AUGE en Chile y la del SNIS en Uruguay crearon cada una un paquete único de beneficios. Incluso, especificaron los tratamientos incluidos, establecieron normas de calidad para la prestación de los tratamientos e instituyeron garantías para los principales aspectos de una cobertura efectiva, tales como tiempos de espera máximos, con la finalidad de abordar las debilidades conocidas del sistema público. Brasil ha hecho lo mismo, pero a una escala mucho más reducida, al definir los tiempos de espera máximos para los pacientes del SUS al momento de recibir tratamiento tras el diagnóstico de un cáncer⁶. México le ha dado seguimiento a la cobertura efectiva para medir cuán probable es que las personas de hecho experimenten beneficios de salud al momento de recibir las intervenciones que necesitan (Lozano *et al.*, 2006), pero las reformas aplicadas hasta el momento se han concentrado en el mejoramiento de la calidad del subsistema público más que en equiparar los beneficios entre los subsistemas. Es más, el SIS de Perú creó requisitos de protocolo, auditorías de calidad y garantías explícitas bajo el PEAS para servicios que en principio se dan, pero no exclusivamente, en instalaciones públicas.

Financiación

Los fondos públicos destinados al sector salud se han elevado y la financiación para programas destinados a impulsar la CUS proviene en principio de los impuestos generales, a veces con asignaciones específicas para salud. Algunos países han optado por un fondo mancomunado único para toda la población, mientras que otros han instituido mecanismos que elevan la diversidad de los riesgos dentro de los fondos mancomunados y han reducido las disparidades en los beneficios y en el gasto per cápita entre fondos mancomunados. Otros han desplegado esfuerzos por reducir estas disparidades al reformar solo el subsistema subsidiado público a través de cambios en la forma en que se movilizan, asignan y/o utilizan los recursos para pagarles a los proveedores. A pesar que pocos países han separado por completo las funciones de financiación y prestación, han adoptado de manera universal métodos de pago, en los cuales el dinero sigue al paciente y, a diferencia de los tradicionales presupuestos por partidas, promueven la eficiencia en la prestación de intervenciones costo efectivas. Sin embargo, hasta qué punto estos mecanismos reemplazan a los presupuestos por partida varía mucho. Las reformas también

han ampliado la protección financiera al eliminar el cobro a los usuarios o establecer un techo para los copagos, en algunos casos, incluyendo los correspondientes a intervenciones muy costosas.

De conformidad con la estructura de flujo de fondos del sistema de cuentas de salud (OCDE, 2000; OMS, 2003) y el marco de financiación de salud propuesto por Kutzin (2001), examinamos aspectos de las reformas relacionadas con la movilización de recursos, mancomunación, mecanismos de contratación de servicios y pago o gestión de proveedores. Un aspecto importante al momento de valorar si las reformas han ejercido un impacto mayúsculo en la movilización de recursos es determinar si se elevó el nivel en general de los ingresos fiscales para el sector salud (Kutzin, 2008). Un mayor ingreso incluso incentiva la demanda por un mejor acceso a servicios de salud y por lo general se traduce en un mayor gasto público de salud y en la reducción del porcentaje de salud sufragado por gastos de bolsillo de los hogares (Savedoff *et al.*, 2012; Schieber y Maeda, 1999). LAC no es la excepción. Tal como se señaló en el capítulo previo, la región ha experimentado en general un crecimiento estable en las últimas dos décadas, salvo por la caída de la crisis financiera. El incremento del ingreso y los programas sociales han permitido sacar de la pobreza a millones, quienes han engrosado la clase media. Los fondos públicos para el sector salud crecieron como porcentaje del producto interno bruto (PIB) en todos los diez países durante el último decenio (Banco Mundial, 2012b), aunque solo Costa Rica y Uruguay sobrepasaron el 6 por ciento propuesto por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2014, 94). El gasto público en las cuentas de salud representó más del 15 por ciento del gasto público total, que es el promedio de los países de ingreso alto de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), exceptuando Brasil (7,6 por ciento) y Jamaica (10,7 por ciento). Es preocupante que algunos países pueden estar alcanzando el límite superior de su capacidad para capturar una porción más grande del presupuesto del sector, especialmente cuando la salud ya absorbe un quinto o más de los ingresos públicos⁷, tal como ocurre en Argentina (22,5 por ciento), Uruguay (25,2 por ciento) y Costa Rica (27,7 por ciento).

Los recursos públicos se emplean en la actualidad para financiar los programas que impulsan la CUS, los cuales reciben grandes subsidios o están financiados en su totalidad por los ingresos fiscales. Al definir los montos por beneficiario que se sufragarán con el presupuesto, establecer los montos mínimos legales para salud, catalogar los impuestos que se destinarán al sector salud o asignar impuestos de nómina o gravámenes, varias reformas garantizaron los fondos públicos de salud para financiar las ampliaciones de cobertura y darles prioridad a aquellos sin capacidad de pago (cuadro 3.4). Varias reformas incluso buscaron cómo reducir la carga de los gastos de bolsillo al eliminar o fijar el techo máximo de los aranceles/copagos cobrados a los usuarios o al establecer fondos especiales para financiar tratamientos muy caros o dolencias médicas poco frecuentes que podrían empobrecer a las familias (por ej., Fondo de Gastos Catastróficos por Motivos de Salud de México y el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay). La constitución

Cuadro 3.4 Principales características de la financiación bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Movilización de recursos</i>	<i>Mancomunación</i>	<i>Adquisición</i>	<i>Costo-efectividad y protección financiera</i>
Argentina	Plan Nacer/Plan Sumar	Monto definido por beneficiario a través de los impuestos generales	Programa del Ministerio de Salud pagado con fondos del presupuesto general a las provincias y de éstas a los proveedores	Pago ajustado de capitación definido actuarialmente (para transferencias del nivel nacional a las provincias) y con base en tarifa por servicio de las provincias a los proveedores	Intervenciones de APS prioritarias y costo efectivas El aumento del gasto público redujo la disparidad en el gasto por beneficiario entre el sistema social de aseguramiento en salud y el subsistema público
Brasil	<i>Sistema Único de Saúde (SUS)/Programa Saúde da Família (PSF)</i>	Gasto mínimo financiado por los impuestos generales (porcentaje de ingresos fiscales constitucionalmente definido a nivel federal, estatal y municipal)	Fondos de salud existentes en cada nivel gubernamental (federal, estatal, municipal) Los fondos nacionales se emplean para pagar a los proveedores federales y son transferidos a los fondos estatales y municipales para pagar a los proveedores de esos niveles	SUS: combinación de fondos presupuestarios, capitación, pagos por desempeño, pagos con base en casos y tarifas por servicios PSF (y otros programas prioritarios): pagos por capitación y por desempeño (para transferencias de fondos del nivel federal al estatal y municipal)	Intervenciones de APS prioritarias y costo efectivas Incremento del financiamiento público Eliminación del cobro a usuarios
Chile	FONASA/Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE)	Impuestos de nómina y un subsidio sufragado con los impuestos generales para aquellos sin capacidad de pago	FONASA cobra los aportes y subsidios y paga a los proveedores públicos y privados	Capitación, ajustado por edad y nivel socioeconómico del municipio, con algunas tarifas por servicio para la atención primaria en salud a nivel municipal Presupuestos tradicionales, tarifas por servicio y pagos prospectivos para los hospitales públicos Tarifas por servicios y pagos con base en casos a proveedores privados Copago aportado solo por los cotizantes contributivos de FONASA	Intervenciones prioritarias y costo-efectivas Sistema mejorado de referencia y contrarreferencia en todos los niveles de atención para condiciones médicas cubiertas por AUGE Establecimiento de un deducible máximo para condiciones médicas cubiertas por AUGE

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 3.4 Principales características de la financiación bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS (continuación)

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Movilización de recursos</i>	<i>Mancomunación</i>	<i>Adquisición</i>	<i>Costo-efectividad y protección financiera</i>
Colombia	Sistema Nacional de Seguridad Social Integral/Régimen Subsidiado	Monto financiado por beneficiario a través de los impuestos generales e impuestos asignados a nivel nacional, estatal y municipal más subsidios cruzados obtenidos a través de impuestos de nómina asignados	Los subsidios provenientes de impuestos de nómina y los fondos municipales se mancomunan a nivel municipal para pagar los planes de salud de los beneficiarios del Régimen Subsidiado y para pagarles a los proveedores de servicios fuera del paquete de beneficios	Pagos por capitación aplicados a los planes de salud del Régimen Subsidiado Los planes de salud tienen discreción sobre la selección de los métodos de pago de los proveedores y utilizan una amplia variedad Pagos de capitación para los hospitales públicos	Aumento del gasto público
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)/ Ampliación de la población cubierta e integración de la APS	Impuesto de nómina y un monto definido por beneficiario, financiado mediante el cobro de gravámenes específicos (a bienes suntuarios, alcohol, bebidas carbonatadas e importaciones) a favor de aquellos sin capacidad de pago	Fondo único administrado por la CCSS, utilizado para pagar a sus propios proveedores	El pago por el uso de las instalaciones (propias) de la CCSS se hace a través de un presupuesto tradicional global	Intervenciones de APS prioritarias y costo efectivas
Guatemala	Programa de Expansión de Cobertura (PEC)	Impuestos generales a través del presupuesto	Programa del Ministerio de Salud pagado por el presupuesto general	Pagos por capitación, para organizaciones no gubernamentales contratadas	Intervenciones de APS prioritarias y costo efectivas No existe el cobro a usuarios atendidos por los proveedores contratados (o instalaciones públicas)

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 3.4 Principales características de la financiación bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS (continuación)

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Movilización de recursos</i>	<i>Mancomunación</i>	<i>Adquisición</i>	<i>Costo-efectividad y protección financiera</i>
Jamaica	<i>National Health Fund (NHF)</i>	Impuestos al tabaco, impuestos de nómina e impuesto especial al consumo (alcohol, petróleo y automotores)	NHF	Subvenciones para el Fondo de Promoción de la Salud y el Fondo de Apoyo a la Salud (para el desarrollo de infraestructura) Tarifas por servicios para los medicamentos aprobados (cubre un 45 %-75 % del precio detallista)	Promoción costo-efectiva y prioritaria de estilos de vida saludables y de medicamentos para el tratamiento de ENT Reducción del gasto de bolsillo incurrido en la compra de medicamentos Una política separada eliminó usuarios en las instalaciones públicas
México	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)/ Seguro Popular	Monto definido por beneficiario definido al salario mínimo financiado a través de los impuestos generales (a nivel federal y estatal) y en teoría, aportaciones de familias con capacidad de pago	Los aportes federales a favor del Seguro Popular se mancomunan a nivel federal y se trasladan a los estados, los cuales utilizan estos fondos junto con los aportes estatales para pagarles a los proveedores locales Fondo de Gastos Catastróficos por Motivos de Salud (nivel federal)	Pagos por capitación definido actuarialmente (para transferirlo del nivel federal al estatal) Financiamiento presupuestario de los servicios de CAUSES Tarifas por servicios por los beneficios cubiertos por el Fondo de Gastos Catastróficos por Motivos de Salud	Intervenciones prioritarias y costo-efectivas Aumento del gasto público y reducción de la disparidad en el gasto por beneficiario entre subsistemas contributivo y subsidiado y entre los estados Eliminación del cobro a usuarios

Cuadro continúa en la siguiente página

Cuadro 3.4 Principales características de la financiación bajo reformas seleccionadas que impulsan la CUS (continuación)

<i>País</i>	<i>Programas/Políticas para impulsar la CUS</i>	<i>Movilización de recursos</i>	<i>Mancomunación</i>	<i>Adquisición</i>	<i>Costo-efectividad y protección financiera</i>
Perú	Seguro Integral de Salud (SIS)	Impuestos generales a través del presupuesto y, en teoría, primas aportadas por los miembros con capacidad de pago Ejecuta la morosidad si los pagos de tarifas por servicios exceden el presupuesto	El SIS es una entidad autónoma con una asignación presupuestaria directa del Ministerio de Economía y Finanzas	Tarifas por servicios por los servicios del PEAS Los proveedores gozan de mayor flexibilidad para disponer de los fondos de SIS que del presupuesto del Ministerio de Salud Pagos de capitación para los hospitales públicos	Intervenciones de APS prioritarias y costo-efectivas Eliminación de cobro a usuarios de los servicios del PEAS
Uruguay	Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)	Impuestos de nómina y un monto definido por beneficiario financiado a través de los impuestos generales a favor de aquellos sin capacidad de pago	Los aportes de nómina se mancomunan en FONASA y se emplean para pagar a los aseguradores públicos y privados; en el caso de aquellos sin capacidad de pago, el financiamiento del presupuesto general se emplea para pagarles a los proveedores públicos El Fondo Nacional de Recursos (FNR) mancomuna fondos para costear intervenciones de alta complejidad/costo	Los proveedores públicos y privados contratados se les da un pago de capitación ajustado a los riesgos (por edad y sexo) más un pago por desempeño Tarifa por servicios brindados al amparo de los beneficios del FNR	Reducción del copago de intervenciones costo-efectivas prioritarias y eliminación del copago en instalaciones públicas (ASSE) Aumento del gasto público y reducción de la disparidad en el gasto por beneficiario entre el sistema social de aseguramiento en salud y el subsistema público

Fuentes: Argentina: Cortez y Romero, 2013; Brasil: Couttolenc y Dmytraczenko, 2013; Chile: Bitran, 2013; Colombia: Montenegro y Bernal-Acevedo, 2013; Costa Rica: Montenegro, 2013; Guatemala: Lao Pena, 2013; Jamaica: Chao, 2013; México: Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013; Perú: Francke, 2013; Uruguay: Aran y Laca, 2011; Banco Mundial, 2012a.

de Brasil de 1988 eliminó el cobro de aranceles y descentralizó la administración de los servicios de salud pública. Una enmienda constitucional posterior codificó el porcentaje de ingresos que deben asignarse al sector salud en cada nivel de gobierno (Couttolenc y Dmytraczenko, 2013). El Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) de México, el cual lanzó el Seguro Popular, inyectó estabilidad al financiamiento público al definir por ley un aporte social por familia vinculado a un salario mínimo ajustado a la inflación y que debe financiar el Gobierno federal y el estatal (Bonilla-Chacín y Aguilera, 2013). Al reemplazar los presupuestos tradicionales por primas de cálculo actuarial para determinar las transferencias estatales, la reforma logró reducir las disparidades del gasto federal entre los estados y eliminó el cobro de aranceles. Argentina creó un sistema de capitalización con base en cálculos actuariales y evaluaciones de riesgos pagadas a las provincias además de los presupuestos tradicionales (Cortez y Romero, 2013). Colombia incrementó el gasto público del Régimen Subsidiado y junto con Costa Rica, posee el porcentaje más alto de gasto público asignado al gasto total de salud entre los países del estudio (Banco Mundial, 2012b). El Régimen Subsidiado está financiado por un gravamen solidario cargado a la nómina del sector formal, así como transferencias fiscales locales y nacionales definidas por ley. Costa Rica costea a los afiliados no contribuyentes de la CCSS mediante el cobro de gravámenes a bienes suntuarios, alcohol, bebidas carbonatadas e importaciones (Montenegro, 2013). De manera similar, el NHF de Jamaica está financiado a través de impuestos cargados a productos como alcohol, petróleo y automotores. El Plan AUGÉ de Chile se vio acompañado por un sustancial aumento en el gasto público invertido en FONASA, sufragado a través de los impuestos generales con un incremento de un punto porcentual en el impuesto al valor agregado y demás fuentes (Bitrán, 2013). Aún en países donde las reformas no elevaron en gran medida el nivel de financiación (como en Argentina) ni crearon mecanismos específicos para la movilización de recursos (tal es el caso de Guatemala y Perú), sí apalancaron la financiación existente para mejorar el acceso de las poblaciones marginadas a los servicios. Sin embargo, los fondos del PEC guatemalteco financiado con el presupuesto son muy volátiles y sujetos al vaivén del apoyo político (Lao Pena, 2013), mientras que en Perú el SIS no tuvo un presupuesto significativo ni mejoró la financiación pública (Francke, 2013).

Tal como se analizó anteriormente, la región de LAC se ha caracterizado por la fragmentación de sus sistemas de salud, en los cuales los subsistemas públicos financiados por los impuestos coexisten con sistemas de aseguramiento social en salud financiado con impuestos de nómina, así como con un subsistema privado sufragado directamente por los gastos de bolsillo de los pacientes y en algunos países, con mercados de seguros privados significativos. La experiencia de varios países miembros de la OCDE sugiere que los mecanismos de mancomunación podrían reducir esta segmentación y fomentar la equidad y la eficiencia en la administración de fondos de salud. La mancomunación de fondos facilita el traspaso de subsidios cruzados de los más ricos hacia los más pobres y distribuye el riesgo entre los segmentos

más jóvenes y más viejos de la población y del individuo saludable al enfermo.

Brasil optó por un sistema nacional de salud financiado por los impuestos que vino a reemplazar al sistema social de aseguramiento contributivo en salud anterior. Un cuarto de la población cuenta con un seguro privado complementario; la mayoría lo ha obtenido a través de un beneficio laboral subsidiado por exoneraciones fiscales (gráfico 3.2). La eliminación del sistema financiado por los impuestos de nómina coloca a Brasil en otra dimensión. Las asignaciones obligatorias de impuestos generales se transfieren a fondos a nivel nacional, estatal y municipal y se utilizan para hacer transferencias intergubernamentales y para pagarles a los proveedores en cada nivel del sistema.

Fuera de Brasil y del Caribe, los beneficios de salud ofrecidos por el seguro social, y financiado por las cotizaciones obligatorias de los empleadores y empleados continúan predominando en la región. Con el tiempo, Costa Rica, el cual cuenta con un sistema integrado al igual que Brasil, amplió la cobertura de la CCSS financiada con impuestos de nómina al expandir poco a poco la afiliación obligatoria más de los trabajadores del sector formal y al utilizar los subsidios públicos para fomentar la afiliación de los trabajadores por cuenta propia (el pago asume un poco más de la mitad de la cotización total individual) y financiar en su totalidad la afiliación de la población que necesita atención pero que carece de capacidad de pago. Los subsidios representan un cuarto de la financiación total y se mancomunan junto con los aportes de nómina que van a parar a la CCSS para financiar su red de proveedores propios (Cercione *et al.*, 2010). En el año 2007, Uruguay creó FONASA, un fondo único que unifica las contribuciones obligatorias de nómina de los servidores públicos, así como de aquellos empleados del sector privado y pensionados. A pesar que la visión de la reforma es ampliar con el tiempo la cobertura a todos los sectores, por el momento, la mayoría de aquellos sin capacidad de pago están financiados por el presupuesto general y dichos recursos no están en la actualidad mancomunados con los fondos contributivos, tal como ocurre en Costa Rica (Sollazzo y Berterretche, 2011).

Chile y Colombia han conservado sus sistemas financiados con los impuestos de nómina, pero han desplegado grandes esfuerzos por reducir la segmentación al crear un fondo mancomunado separado, sufragado por los ingresos fiscales y aportes de nómina. Esta estrategia les permite ampliar la cobertura hacia aquellos que previamente no habían sido captados por el sistema social de aseguramiento en salud y por ende elevan la diversidad de los riesgos del fondo mancomunado (gráfico 3.2). En Chile, FONASA cubre cuatro quintos de la población y en el año 2011, el 58 por ciento de los fondos provenían de ingresos fiscales y el resto de los aportes de nómina de los miembros con capacidad de pago. Existe incluso la opción de utilizar los aportes obligatorios para adquirir planes en aseguradoras privadas lucrativas (Instituciones de Salud Previsional, ISAPRES), las cuales cubren a la mayor parte de la población joven, pudiente, saludable y de bajos riesgos, es decir la “crema y nata”). Asimismo, los afiliados tienen la opción de pagar primas voluntarias por cobertura adicional. No existen subsidios cruzados formales entre los dos subsistemas, aunque se sabe que los afiliados a las ISAPRES

tienen que acudir al sistema público para el tratamiento de enfermedades catastróficas⁸. Por otro lado, en Colombia, los impuestos de nómina van a un fondo único, una parte del cual se asigna para subsidiar a la población sin capacidad de pago. Esta población cuenta con la cobertura del Régimen Subsidiado, el cual está sufragado por los ingresos fiscales del Gobierno departamental y en menor medida, de los Gobiernos municipales. Los subsidios cruzados de los afiliados contribuyentes representan un tercio del financiamiento total del Régimen Subsidiado (Montenegro, 2013). En Chile, FONASA actúa como aseguradora y utiliza los fondos para pagar a los proveedores, mientras que en Colombia, los fondos se transfieren a los planes de salud (es decir, las empresas promotoras de salud, EPS), que a su vez se encargan de pagarles a los proveedores. En ambos países y en Uruguay incluso, los servicios financiados por el sistema subsidiado se prestan en su mayoría a través de la red pública. Incluso, tal como se había mencionado, las reformas recientes como AUGE en Chile, PIAS en Uruguay y el reglamento que le da cumplimiento a la sentencia T-760 de la corte constitucional de Colombia, persiguen la equiparación de los paquetes de beneficios y la reducción de las disparidades en la calidad de la atención brindada a los beneficiarios de los dos subsistemas. Las reformas han incluso acortado las desigualdades en la financiación. En Colombia, los pagos por capitación son casi los mismos en ambos regímenes (Montenegro y Bernal-Acevedo, 2013). En Uruguay, la brecha en el gasto per cápita entre los proveedores públicos que atienden a la mayor parte de la población subsidiada (ASSE) y los proveedores que atienden a los afiliados de FONASA (IAMC) pasó de 1:1.8 en 2007 a 1:1.3 en 2010 gracias al aumento de los fondos públicos (Banco Mundial, 2012a).

La mayoría de las reformas emprendidas para avanzar hacia la construcción de la CUS ha implicado cambios en los mecanismos de adquisición, pagos y gestión de proveedores, a pesar que dichos mecanismos son diversos. Se sabe muy bien que los tradicionales presupuestos por partidas y las debilidades en la rendición de cuentas de los proveedores contribuyeron al pobre desempeño de los sistemas de salud en cuanto a sus capacidades para responder a las desafiantes necesidades y a las emergentes demandas de atención de salud. Una tendencia que se observa en la región es la introducción de acuerdos formales e informales de desempeño y en algunos casos, de contratos legalmente ejecutables, celebrados con entidades públicas y privadas. Unos cuantos países, en especial Chile, Colombia y, en fecha reciente, Uruguay, aplicaron modelos de competencia manejada, en donde los aportes al seguro médico social se pueden utilizar para financiar planes de salud con aseguradoras públicas o privadas que a su vez contratan servicios de proveedores públicos o privados. Las aseguradoras privadas contratan totalmente o en gran parte proveedores privados, es decir existe una completa separación de las funciones de adquisición y de proveedores, al menos en los sistemas no subsidiados (ISAPRES de Chile, Régimen Contributivo de Colombia y FONASA de Uruguay). Se emplea una variedad de métodos para pagarles a los proveedores, sean públicos o privados, conjugando pagos por capitación, tarifas por servicios y pagos con base en casos, dependiendo del nivel de atención de salud. Sin embargo, en la mayoría de los casos, la red de servicios públicos que atiende en principio a

la parte subsidiada del sistema continúa siendo sufragada en parte por los tradicionales presupuestos, aunque en un porcentaje mucho menor en comparación a lo observado antes de las reformas.

Para mejorar la efectividad y la transparencia, aún aquellos países que no tienen una separación formal de las funciones de financiación y provisión, han modificado los mecanismos de asignación de recursos del sector público al establecer incentivos financieros y no financieros para los proveedores públicos. Al transferir fondos federales al nivel subnacional, según pagos de capitación definidos de forma actuarial, Argentina y México ofrecen incentivos para identificar, afiliar y darle seguimiento a los beneficiarios. Tanto Argentina como Brasil crearon un sistema donde los acuerdos explícitos que definen las metas de desempeño gobiernan las transferencias de fondos hacia los Gobiernos subnacionales y/o proveedores. En Brasil, las transferencias no están condicionadas al cumplimiento de las metas, pero en Argentina, el 40 por ciento de la transferencia depende del cumplimiento de indicadores trazadores, mientras que los pagos de tarifas por servicios motivan a los proveedores a llegar a toda la población dentro de sus áreas de influencia para ofrecerles intervenciones prioritarias. Con el SIS, Perú paga a los proveedores según un sistema de tarifas por servicio. En Guatemala, el PEC introdujo contratos de financiación con base en resultados, suscritos con las ONG para que brinden servicios financiados con fondos públicos. De manera creciente, los países incentivan las mejoras cualitativas. Por ejemplo, el Plan Sumar de Argentina y, en fechas más recientes, el Programa Nacional de Mejoramiento del Acceso y Calidad en Atención Primaria (*Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica*), lanzado en el año 2011.

Las reformas destinadas a alcanzar la CUS en estos países incluso han inyectado mayor autonomía en el uso de los fondos públicos. Por ejemplo, en Argentina, al amparo del Plan Sumar, las instalaciones pueden invertir parte de los recursos públicos para financiar prioridades definidas a nivel local. Algunas instalaciones destinan una porción pequeña del pago por desempeño para pagarle incentivos al personal, a pesar que esta práctica es poco habitual. El SIS de Perú incluso ofrece una flexibilidad todavía mayor para manejar fondos en relación con el presupuesto regular del ministerio de salud, a pesar que no queda mucho margen como sí lo había con los fondos del cobro de usuarios (Francke, 2013). Vale la pena señalar que, en muchos países, los cambios introducidos en la asignación de recursos financieros eran fondos marginales y paralelos a los mecanismos presupuestarios tradicionales; es decir, muchos proveedores aún dependen del financiamiento del presupuesto para sufragar la mayor parte de sus gastos, tal como se observa en Argentina, Brasil, Guatemala, Jamaica, México y Perú.

Lecciones aprendidas de las políticas y programas que impulsan la CUS

Las políticas y los programas emprendidos para avanzar hacia la construcción de la CUS en América Latina y el Caribe han ampliado la cobertura en las tres dimensiones señaladas por el cubo de la OMS, logrando avances en mayor o

menor medida. Si bien cada país avanza a su propio ritmo, algunos temas claves emergen sobre cómo los países han logrado equilibrar las tensiones que se producen cuando se toman decisiones ante escenarios con recursos limitados para darle prioridad a las dimensiones de la CUS.

Apalancamiento de los fondos públicos para llegar a los pobres

A pesar que la mayor parte del debate alrededor de las reformas emprendidas en las décadas de 1980 y 1990 en LAC se concentró en reducir la segmentación del financiamiento a través de ampliaciones o creación de un fondo común virtual o de facto, otro aspecto clave de las reformas fue el establecimiento de mecanismos para llegar a los pobres.

Este enfoque en los pobres se torna más explícito en la reciente ola de reformas. Sin importar que los países hayan optado o no por sistemas nacionales de salud financiados por los ingresos fiscales servicios de salud del seguro social sufragados por los impuestos de nómina o una mezcla de ambos, llegar a los segmentos más pobres exige un compromiso para movilizar subsidios públicos. En todas las naciones estudiadas, los regímenes diseñados para ampliar la cobertura hacia los pobres contaron con fondos públicos a través de los impuestos generales. Algunos países establecieron niveles mínimos de gasto en salud o designaron impuestos para el sector salud, mientras que otros impusieron gravámenes sobre bienes suntuarios, alcohol o tabaco. Solo unos cuantos optaron por apalancar los subsidios cruzados del subsistema contributivo al subsidiado.

La mayoría de los países incrementaron el gasto público para la atención en salud, en términos absolutos, como porcentaje del PIB y como porcentaje de los gastos totales de salud. Cabe señalar que a pesar que el porcentaje de los gastos de bolsillo ha disminuido en general, en términos absolutos, este tipo de gasto se ha elevado. A medida que las familias en la región disfrutaban de mayores ingresos, consumen más bienes/servicios y la atención de salud no es la excepción. Esto en sí no constituye un problema si los hogares no experimentan dificultades financieras para acceder a los servicios de salud que necesitan; a pesar que no todas las reformas tenían el objetivo explícito de ampliar la protección financiera, esta fue el resultado obtenido en muchos países. En el siguiente capítulo se analiza este tema con mayor detalle.

Definición (o indefinición) de los paquetes de beneficios

En las décadas de 1980 y 1990 en LAC, se dedicó gran esfuerzo a la definición del paquete de beneficios de intervenciones costo efectivas. Nuestra revisión revela que los países estudiados adoptaron un abordaje muy pragmático. Algunos definen un paquete detallado de beneficios, mientras que otros adoptan un enfoque más cercano a los de los países miembros de la OCDE, en donde definen una lista positiva en términos generales, tal es el caso de Israel y los Países Bajos, enfocados en adoptar nuevas tecnologías al margen. Al definirlos, los paquetes pueden ser integrales o limitados; en este último caso, tienden a concentrarse en la atención primaria y ambulatoria y empiezan por ofrecer atención maternoinfantil. Sin embargo, al menos Jamaica, el programa subsidiado abarcó los medicamentos

para las dolencias que representan el mayor porcentaje de la carga de enfermedad en el país.

Los paquetes no son estáticos y tienden a crecer con el tiempo para ir cubriendo tratamientos/servicios más complejos que benefician a un espectro mayor de la población y que responden a las dinámicas demográficas y a las condiciones epidemiológicas del país. Si bien no profundizamos sobre cómo se toman las decisiones sobre lo que queda cubierto o excluido, especulamos que obedecen a una conjugación de posibilidades financieras, elementos técnicos en cuanto a la efectividad y costos del servicio, demanda pública, normas y cabildeo de las partes interesadas. Lo que sí queda claro es que la ausencia de procesos explícitos y transparentes que determinen la ampliación de beneficios y la adopción de nuevas tecnologías puede llegar a ser costosa y conducir hacia resultados que disten de ser óptimos. La judicialización del derecho a la salud para todos en LAC puede tener el efecto adverso de acrecentar la desigualdad del acceso si aquellos con mejores posibilidades económicas están mejor habilitados para emprender acciones legales que obliguen al estado a que les brinden los servicios que necesiten o deseen (Lunes, Cubillos-Turriago y Escobar, 2012).

Pago y gestión de proveedores

Unos cuantos países emprendieron la tarea titánica de separar las funciones de adquisición y provisión, donde los fondos públicos se utilizarían para contratar los servicios de cualquier proveedor, sea público o privado, que ofrezca la mejor relación calidad/precio. En cuanto a las adquisiciones, al momento de definir el paquete de beneficios, la mayoría de los países adoptaron una actitud pragmática. En gran parte, los servicios sufragados con fondos públicos continúan prestándose a través de proveedores públicos y en muchos países, se siguen pagando a través del presupuesto gubernamental. Sin embargo, la manera de pagar o manejar a los proveedores ha cambiado. Algunos países pagan a los proveedores a través de los mecanismos de capitación (a veces con monitoreo de las intervenciones prioritarias), mientras que otros establecieron mecanismos además de transferencias presupuestarias regulares para incentivar resultados ya sea a través de la capitación para la afiliación de beneficiarios o pagos de tarifas por servicios prestados. Los países que cuentan con sistemas descentralizados también utilizan transferencias federales con base en afiliaciones de beneficiarios, cumplimiento de metas de cobertura o de otra índole para reducir las disparidades de la financiación a nivel subnacional y promover programas prioritarios. En algunos casos, pero no en todos, los fondos transferidos fueron sustanciales. Las reformas incluso les brindaron a los proveedores mayor autonomía para manejar fondos como parte del programa de ampliación de cobertura e instituyeron una mayor transparencia al establecer acuerdos explícitos que estipulan funciones, responsabilidades y resultados esperados.

Priorización de la atención primaria

Muchos países se concentraron en la atención primaria en salud con la finalidad de mejorar el acceso de los pobres, quienes carecían de servicios básicos, y a la vez

controlar los costos de la asistencia médica (la atención primaria es económica y ayuda a prevenir enfermedades y dolencias, cuyo tratamiento podría ser costoso). Muchos países empezaron por enfocarse en servicios de atención maternoinfantil y ampliaron la gama de servicios cubriendo la prevención de enfermedades no transmisibles y servicios más especializados. Sin embargo, la falta de integración en todos los niveles de las redes de salud se torna en un cuello de botella que obstaculiza brindar una atención efectiva. Algunas naciones ponen en práctica reglamentos y políticas para amplificar y fortalecer las redes integradas, aunque en muchos casos, esos esfuerzos se encuentran en una fase incipiente (por ej., Brasil, Colombia, Costa Rica y Uruguay). Estas iniciativas a menudo suponen innovaciones en sistemas de información clínica digital y electrónica (por ejemplo, eSalud) que sistemáticamente recopilen, integren e intercambien de manera electrónica información en todo el proceso de la atención de salud, facilitando la referencia y la contra referencia. Por ejemplo, los expedientes médicos electrónicos permiten dar seguimiento a los pacientes, quienes idealmente ingresan al sistema a través de la atención primaria de salud, a medida que estos acceden a atención secundaria o terciaria más especializada o que requieren servicios de diagnósticos que quizás no existan en el nivel inferior. Las encuestas recientes sugieren que una mayoría de países en la región ejecutan o pretenden ejecutar políticas o planes de eSalud (OSILAC, 2007; OMS, 2006). En ocasiones incluyen un componente de tele salud, el cual consiste en brindar servicios de salud utilizando tecnologías de informática y comunicación. Algunos países las utilizan para aliviar las restricciones de recursos en áreas remotas o poco habitadas y mejorar la calidad de la atención primaria de salud.

Equiparación de los subsistemas

La persistencia de sistemas de dos niveles (ministerios de salud financiados por los impuestos y servicios de salud del seguro social sufragados por los impuestos de nómina) se ha traducido en considerables desigualdades en el acceso en tiempo y forma a servicios de alta calidad. Los países que están en etapas de reformas más avanzadas, es decir aquellos que han alcanzado un alto nivel de cobertura general, empiezan a ejecutar políticas para armonizar los beneficios de los subsistemas, incluida la institución de garantías explícitas. Esta secuencia de reformas parece indicar que los países tienden primero a mejorar el acceso y a elevar la calidad de la atención brindada a grandes segmentos de la población, entre ellos los más pobres y vulnerables, para luego enfrentar la tarea más difícil de reducir las disparidades en los beneficios ofrecidos a los diversos segmentos de la población.

Notas

1. Si bien el cubo de la OMS no incluye de manera explícita la calidad como una de sus dimensiones, si la consideramos un aspecto esencial de la CUS. En el presente capítulo, la abordamos y analizamos hasta cierto punto bajo la cobertura de beneficios y dedicaremos el capítulo 5 para realizar una discusión y análisis de mayor profundidad.

2. Los países caribeños por lo general no comparten la misma historia de seguro social para empleados y, por lo tanto, estas observaciones en torno a la segmentación no aplican a Jamaica.
3. El término público se refiere a las instalaciones del ministerio de salud a nivel nacional o subnacional. Excluye aquellas que pertenecen al sistema de seguro social, a pesar que en algunos países son entidades públicas. La distinción yace en el hecho que el acceso al último está limitado solo a los afiliados, mientras que el acceso al primero es completamente irrestricto.
4. No deben hacerse inferencias sobre los cambios en la cobertura del seguro privado en Chile porque la encuesta de 2003 no recopiló información sobre este indicador.
5. La integración vertical se refiere a la financiación y dotación de servicios por la misma institución.
6. El tema del tiempo de espera se discute con mayor detalle en el capítulo 5.
7. Solo dos de los países miembros de la OCDE exceden este umbral: Nueva Zelanda (20,3 por ciento) y Suiza (20,6 por ciento).
8. Si bien no está bien documentada, se sabe que la migración de servicios de privados a públicos ocurre en otras naciones de la región.

Referencias bibliográficas

- Alcalde-Rabanal, Jacqueline Elizabeth, Oswaldo Lazo-González y Gustavo Nigenda (2011), “Sistema de salud de Perú”, *Salud Pública de México* 53 (supl. 2): 243–54.
- Aran, D. y H. Laca (2011), “Sistema de salud de Uruguay”, *Salud Pública de México* 53 (supl. 2): 197–207.
- Atun, Rifat, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, Tania Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patricia Garcia, Octavio Gómez-Dantés, Felicia M. Knaul, Carles Muntaner, Juliana Braga de Paula, Felix Rigoli, Pastor Castell-Florit Serrate y Adam Wagstaff (2015), “Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America”, *Series on Universal Health Coverage in Latin America, The Lancet* 385: 1230–47.
- Baeza, C. y T. Packard (2006), *Beyond Survival: Protecting Households from Health Shocks in Latin America*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2012a), “Republic of Uruguay Integrated National Health System Analysis of the Governability of the SNIS Benefit Plan (PIAS)”, Informe 80084-UY, Banco Mundial, Washington, DC.
- (2012b), Indicadores del desarrollo mundial, <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>.
- Becerril-Montekio, Víctor y Luis López-Dávila (2011), “Sistema de Salud de Guatemala”, *Salud Pública de México* 53 (supl. 2): 243–54.
- Belló, Mariana y Víctor M. Becerril-Montekio (2011), “Sistema de Salud de Argentina”, *Salud Pública de México* 53: s96–109.
- Bitrán, Ricardo (2013), *Explicit Health Guarantees for Chileans: The AUGE Benefits Packages*, Serie de Estudios UNICO 21, Banco Mundial, Washington, DC.
- Bonilla-Chacín, María Eugenia y Nelly Aguilera (2013), “The Mexican Social Protection System in Health”, Serie de Estudios UNICO 1, Banco Mundial, Washington, DC.

- Borda, O. (2001), "Comentarios sobre la diversidad de los movimientos sociales", en *Movimientos sociales, Estado y democracia en Colombia*, editado por M. Archila y M. Pardo, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Busse R., J. Schreyögg y C. Gericke (2007), "Analyzing Changes in Health Financing Arrangements in High-Income Countries: A Comprehensive Framework Approach", documento para discusión HNP, Banco Mundial, Washington, DC.
- Carrin G., C. James y D.B. Evans (2005), "Achieving Universal Health Coverage: Developing the Health Financing System", Technical Briefs for Policy-Makers n.º 1, WHO/EIP/HSF/PB/05.01, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Cercone, J., E. Pinder, J. P. Jiménez y R. Briceno (2010), "Impact of Health Insurance on Access, Use and Health Status in Costa Rica", en *The Impact of Health Insurance in Low and Middle-Income Countries*, editado por María Luisa Escobar, Charles C. Griffin y R. Paul Shaw, Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Chao, Shiyang (2013), "Jamaica's Effort in Improving Universal Access within Fiscal Constraints", Serie de Estudios UNICO 6, Banco Mundial, Washington, DC.
- Cortez, Rafael y Daniela Romero (2013), "Increasing Utilization of Health Care Services among the Uninsured Population: The Plan Nacer Program", Serie de Estudios UNICO 12, Banco Mundial, Washington, DC.
- Cotlear, Daniel, Octavio Gómez-Dantés, Felicia Knaul, Rifat Atun, Ivana C. H. C. Barreto, Oscar Cetrángolo, Marcos Cueto, Pedro Francke, Patricia Frenz, Ramiro Guerrero, Rafael Lozano, Robert Marten y Rocío Sáenz (2015), "Overcoming Social Segregation in Health Care in Latin America", Series on Universal Health Coverage in Latin America, *The Lancet* 385: 1248–59.
- Couttolenc, Bernard y Tania Dmytraczenko (2013), "Brazil's Primary Care Strategy", Serie de Estudios UNICO 2, Banco Mundial, Washington, DC.
- Francke, Pedro (2013), "Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage", Serie de Estudios UNICO 11, Banco Mundial, Washington, DC.
- Gómez Dantés, O., S. Sesma, V. M. Becerril, F. M. Knaul, H. Arreola y J. Frenk (2011), "The Health System of Mexico", *Salud Pública de México* 53 (supl. 2): s220–32.
- Gragnotati, Michele, Magnus Lindelow y Bernard Couttolenc (2013), *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Iunes R., L. Cubillos-Turriago y M. L. Escobar (2012), "Universal Health Coverage and Litigation in Latin America", En breve 178, Banco Mundial, Washington, DC.
- Kurowski, Christoph y Ian Walker (2010), "Financing for Universal Health Coverage in Latin America and the Caribbean", documento de antecedentes, Departamento de Desarrollo Humano, Región de América Latina y el Caribe, Banco Mundial, Washington, DC.
- Kutzin, Joseph (2001), "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy* 56 (3): 171–204, <http://www.equinet-africa.org/bibl/docs/KUTEquity01022007.pdf>.
- (2008), "Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers", documento de política de financiamiento de la salud, Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.
- Lao Pena, Christine (2013), "Improving Access to Health Care Services through the Expansion of Coverage Program (PEC): The Case of Guatemala", Serie de Estudios UNICO 19, Banco Mundial, Washington, DC.

- Lozano, R., P. Soliz, E. Gakidou, J. Abbot-Klafter, D. M. Feehan, C. Vidal, J. P. Ortiz y C. J. Murray (2006), "Benchmarking of Performance of Mexican States with Effective Coverage", *The Lancet* 368: 1729–41.
- Ministerio de Salud Pública, *La Construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud 2005–2009*, http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_la_construccion.pdf.
- Montenegro Torres, Fernando (2013), "Costa Rica Case Study: Primary Health Care Achievements and Challenges with the Framework of the Social Health Insurance", Serie de Estudios UNICO 14, Banco Mundial, Washington, DC.
- Montenegro Torres, Fernando y Oscar Bernal-Acevedo (2013), "The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System", Serie de Estudios UNICO 15, Banco Mundial, Washington, DC.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2000), *A System of Health Accounts*, París: OCDE.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2003), *Guide to Producing National Health Accounts: with Special Applications for Low-Income and Middle-Income Countries*. Ginebra: OMS.
- (2005), "Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad", resolución WHA58.33, La 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, May 16–25.
- (2006), *Building Foundations for eHealth: Progress of Member States: Report of the Global Observatory for eHealth*, Ginebra: OMS.
- (2010), *Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2014), "Estrategia y Plan de acción sobre eSalud", 51.º Consejo Directivo, 63.ª Sesión del Comité Regional, CD51/13 (Eng.), OPS, Washington, DC.
- OSILAC (Observatorio para la Sociedad de la Información en América Latina y el Caribe) (2007), *Monitoreo del eLAC 2007: Avances y estado actual del desarrollo de las sociedades de la información en América Latina y el Caribe*, Santiago, Chile: Naciones Unidas.
- Paraje, Guillermo y Felipe Vásquez (2012), "Toward Universal Health Coverage: The Case of Chile", Banco Mundial, Washington, DC.
- Ribe, Helena, David A. Robalino e Ian Walker (2010), *Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean: From Right to Reality*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Savedoff, William, David de Ferranti, Amy L. Smith y Victoria Fan (2012), "Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage", *The Lancet* 380: 924–32.
- Schieber, George y Akiko Maeda (1999), "Health Care Financing and Delivery in Developing Countries", *Health Affairs* 18 (3): 193–205.
- Scott, Ewan y Karl Theodore (2013), "Measuring and Explaining Health and Health Care Inequalities in Jamaica, 2004 and 2007", *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 116–21.
- Scott, John y Beatriz Yadira Díaz (2013), "Health Inequalities in Mexico: 2000–2010", Banco Mundial, Washington, DC.

- Sollazzo, Ana y Rosario Berterretche (2011), "El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria", *Ciência & Saúde-Collectiva* 16 (6): 2829–40
- Tsai, Thomas C (2010), "Second Chance for Health Reform in Colombia", *The Lancet* 375: 109–10.

Avances hacia la cobertura universal en salud en América Latina y el Caribe: Resultados, utilización y protección financiera

Tania Dmytraczenko, Gisele Almeida, Heitor Werneck, James Cercone, Yadira Díaz, Daniel Maceira, Silvia Molina, Guillermo Paraje, Fernando Ruiz, Flávia Mori Sarti, Ewan Scott, John Scott y Martín Valdivia

Resumen

La región ha logrado avances considerables en la implementación de planes dirigidos a la ampliación de la cobertura universal en salud en el último cuarto de siglo. Durante el mismo período también se identificaron mejoras cuantificables en materia de equidad. Los gradientes socioeconómicos estaban claramente reflejados en la situación de salud; entre los pobres, los resultados eran peores que entre los ricos. Sin embargo, las disparidades se han reducido, particularmente en las etapas tempranas del curso de vida. Los países han alcanzado altos niveles de cobertura en los servicios de salud maternoinfantil, pero a pesar de la reducción en las desigualdades, los servicios siguen siendo mejores para los ricos. La cobertura para las enfermedades no transmisibles (ENT) no es tan alta como en los servicios de salud maternoinfantil y la utilización de los servicios está sesgada en favor de los que tienen mejores condiciones económicas, aunque también estas disparidades continúan reduciéndose. De manera general, la distribución de los servicios de atención primaria entre los grupos con diferentes niveles de ingreso es más equitativa que la atención especializada. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles (ENT) no ha disminuido como se esperaba, considerando los niveles de mortalidad entre los diversos estratos económicos. Un mayor acceso a los servicios, incluyendo los de diagnóstico, entre los más ricos puede estar enmascarando las diferencias en la prevalencia real entre los diversos niveles de ingreso. Los gastos catastróficos por motivos de salud han disminuido en la mayoría de los países, aunque el panorama en términos de equidad es diverso, debido a las limitaciones de los indicadores.

Introducción

En el capítulo anterior se mostraron los diversos caminos que los países latinoamericanos y del Caribe han tomado para avanzar hacia la construcción de la cobertura universal en salud (CUS). En este capítulo se intenta medir el progreso a lo largo de estos caminos diversos. Una serie de estudios han evaluado las reformas de salud en países específicos (Bitrán, Muñoz y Prieto, 2010; Cercone *et al.*, 2010; Giedion y Uribe, 2009; Gragnolati, Lindelow y Couttolenc, 2013). El presente capítulo complementa trabajos anteriores mediante la aplicación de criterios de medición comunes en todos los países del estudio para valorar su avance individual hacia la CUS y compararlos con otros países que participan en esfuerzos similares.

Pero primero tenemos que identificar indicadores pertinentes y cuantificables para evaluar la amplia gama de reformas emprendidas para avanzar hacia la construcción de la CUS en los países latinoamericanos y el Caribe. Y estas herramientas amplias de evaluación también deben capturar datos específicos para cualquier país determinado, cuyas reformas hayan sido diseñadas, después de todo, para hacer frente a los desafíos nacionales particulares. Nos basamos en las definiciones de CUS propuestas para identificar los indicadores que midan el progreso a lo largo de las tres dimensiones del cubo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos indicadores se pueden extraer de fuentes de datos existentes que estén disponibles en múltiples períodos para, al menos, un subconjunto de países. Luego, investigamos los cambios a lo largo de las principales dimensiones de la CUS entre los subgrupos socioeconómicos en un período que incluye las políticas y los programas descritos en el capítulo anterior. Queremos determinar si los avances ocurren en todos los grupos de ingresos. El análisis parte de trabajos anteriores sobre las desigualdades relacionadas con el nivel de ingreso en seis países de América Latina y el Caribe (Almeida y Sarti, 2013). Se realizó un análisis con datos originales en 9 de los 10 países cuyas políticas de salud fueron estudiadas en el capítulo anterior¹. Ampliamos la discusión para incluir otros países de la región si los mismos contaban con datos comparables.

Vale la pena señalar que este estudio no intenta establecer una relación de causalidad entre las reformas y los cambios observados. Otros estudios ya han hecho esto y sus principales hallazgos aparecen resumidos en Giedion, Alfonso y Díaz (2013).

Amplitud de la cobertura

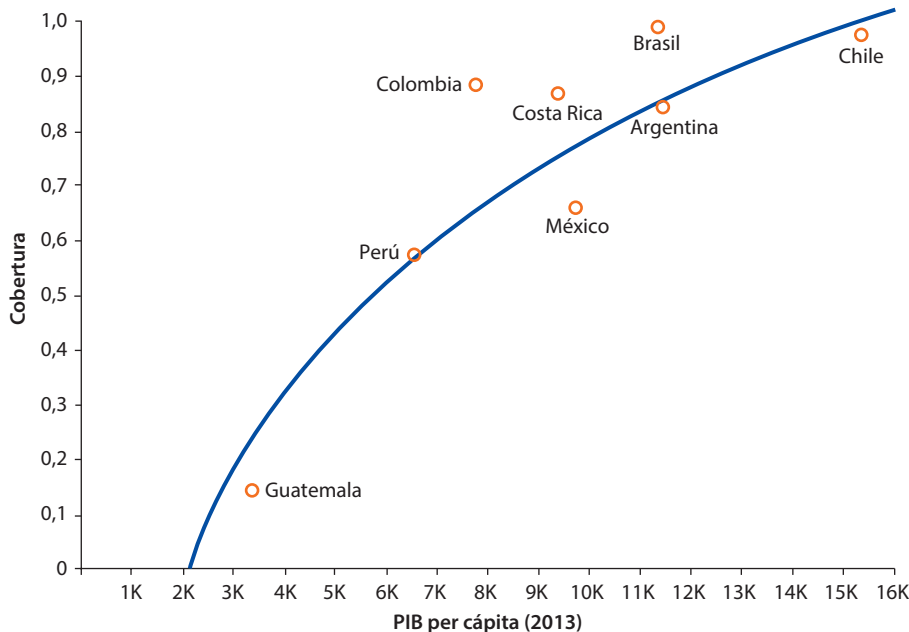
Durante la última década, la mayoría de los países ha experimentado una rápida expansión en la cobertura de la población, principalmente a través de la ampliación de planes generales de seguros dirigidos a los pobres, subsidiados con fondos públicos y el financiamiento de los servicios prestados a través de la red pública de atención en salud. Según lo previsto, cuando se desplegaron por primera vez, estos eran en principio a favor de los pobres. Con un alto nivel de cobertura de la población en general, la distribución del acceso a estos programas subsidiados se ha tornado más uniforme entre los diversos

grupos de ingresos, mientras que la cobertura de los programas basados en empleo se torna aún más sesgada a favor de los ricos.

La amplitud es una de las dimensiones de la CUS y hace referencia a la proporción de población cubierta por un programa de fondos mancomunados que permite a los beneficiarios acceder a servicios de salud sin que esto represente un sacrificio financiero (OCDE, 2004; OMS, 2008, 2010). La cobertura por medio de mecanismos mancomunados de financiamiento es generalmente alta en la región; algunos países alcanzan niveles equivalentes a los de los países de la OCDE (OCDE, 2011; gráfico 4.1). Aunque los niveles de cobertura muestran una correlación íntima con el ingreso, existen valores atípicos: la cobertura en Colombia, por ejemplo, es mucho más alta que en Perú, aunque ambos países tienen ingresos per cápita similares, ajustados para las diferencias en el poder adquisitivo.

Tal como se analizó en el capítulo anterior, los países en la región han aplicado modelos de cobertura diversos. Costa Rica optó por ampliar la cobertura del régimen único de salud del seguro social, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS),

Gráfico 4.1 Cobertura de la población bajo mecanismos de fondos mancomunados con financiamiento específico, en relación con el PIB per cápita (PPA en USD actuales internacionales, 2013)



Fuentes: Indicadores del desarrollo mundial del Banco Mundial y cálculos del estudio con base en Argentina—ECV 1997; SUMAR Memorias 1997; PAMI Memorias 2012; EPH 2013; ENGH 2013; Brasil—PNAD 2008; Chile—CASEN 2011; Colombia—ECV 2010; Costa Rica—ENSA 2006; Guatemala—ENCOVI 2011; México—ENIGH 2010; Perú—ENAH 2011.

Nota: "Financiamiento específico" se refiere al establecimiento de niveles mandatorios mínimos de gasto en salud, asignando impuestos para la salud o impuestos de nómina u otros gravámenes para financiar las acciones de salud. PIB = producto interno bruto.

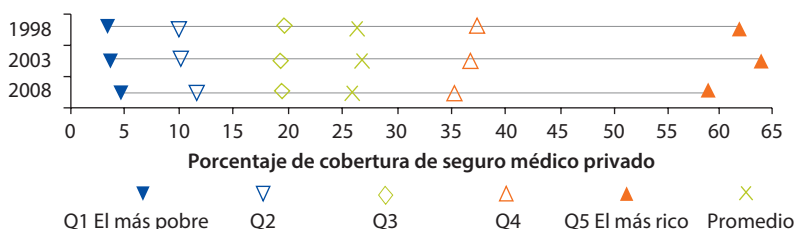
en su mayor parte de naturaleza contributiva. Brasil creó un sistema nacional de salud (el SUS o *Sistema Único de Saúde*) que sustituyó al modelo anterior. La mayoría de los países —Argentina, Chile, Colombia, México, Perú y Uruguay— han optado por mantener los regímenes contributivos financiados en su mayor parte por los impuestos de nómina y crear mecanismos de financiamiento mancomunado que subsidien con fondos fiscales generales el acceso de los pobres. Dentro de este grupo, Chile, Colombia y Uruguay han logrado un alto nivel de integración entre los dos subsistemas. En contraste, Guatemala y Jamaica han hecho esfuerzos para complementar los servicios financiados con fondos públicos de sus ministerios de salud, de otras formas que no constituyen necesariamente un mecanismo de aseguramiento en salud para los pobres. En Guatemala, esto incluye la contratación de proveedores privados para brindar atención en las zonas no cubiertas por la red pública. En Jamaica, ha consistido en la abolición de pagos de los usuarios y la creación de un fondo, financiado principalmente con impuestos específicos, para el subsidio de medicinas para los que sufren enfermedades no transmisibles (ENT).

Con excepción de Brasil y Jamaica, el seguro voluntario privado se ha mantenido en niveles bajos y sesgados fundamentalmente en favor de los más ricos. Los cambios en el porcentaje de la población con acceso a este tipo de cobertura, si es que existen, han sido modestos (uno o dos puntos porcentuales más o menos), aunque la disminución en México y el aumento en Jamaica fueron más significativos. El crecimiento de los seguros privados en Brasil se produjo en su totalidad entre el 40 por ciento de población con menor ingreso, y la proliferación de pólizas con prima reducida ha contribuido a elevar el cumplimiento con las regulaciones diseñadas para eliminar pólizas de baja calidad (recuadro 4.1).

Recuadro 4.1 Cobertura del seguro de salud en Brasil, 1998–2008

La cobertura del seguro médico^a privado de carácter voluntario apenas disminuyó un 1,7 por ciento en Brasil entre 1998 y 2008, pero sin diferencias notables entre los diversos grupos de ingreso (gráfico B4.1.1). Aunque la cobertura del seguro privado está correlacionada positivamente con el ingreso, en los dos quintiles superiores el porcentaje de la población afiliada a los planes privados se está reduciendo (un 5,3 por ciento entre 1998 y 2008), mientras que en los dos quintiles inferiores sucede lo contrario (un incremento del 23,3 por ciento). Los seguros voluntarios de salud ofrecidos por el sector privado en Brasil, particularmente entre adultos^b, son obtenidos principalmente como beneficio adicional del empleo (casi tres cuartas partes de las pólizas estaban relacionadas con el empleo en 2008, según datos de la Agencia Nacional Reguladora de los Seguros y Planes de Salud Privados); los cambios en la cobertura privada son atribuibles en su mayoría a los cambios en el mercado laboral. El desempleo se redujo drásticamente del 12,4 por ciento en 2003 al 7,9 por ciento en 2008 y la proporción del empleo en el sector formal se incrementó del 39,7 por ciento al 44 por ciento en el mismo período, lo cual benefició a los pobres, quienes eran en su gran mayoría empleados informales.

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 4.1 Cobertura del seguro de salud en Brasil, 1998–2008 (continuación)**Gráfico R.4.1.1 Cobertura de seguros médicos privados por quintil**

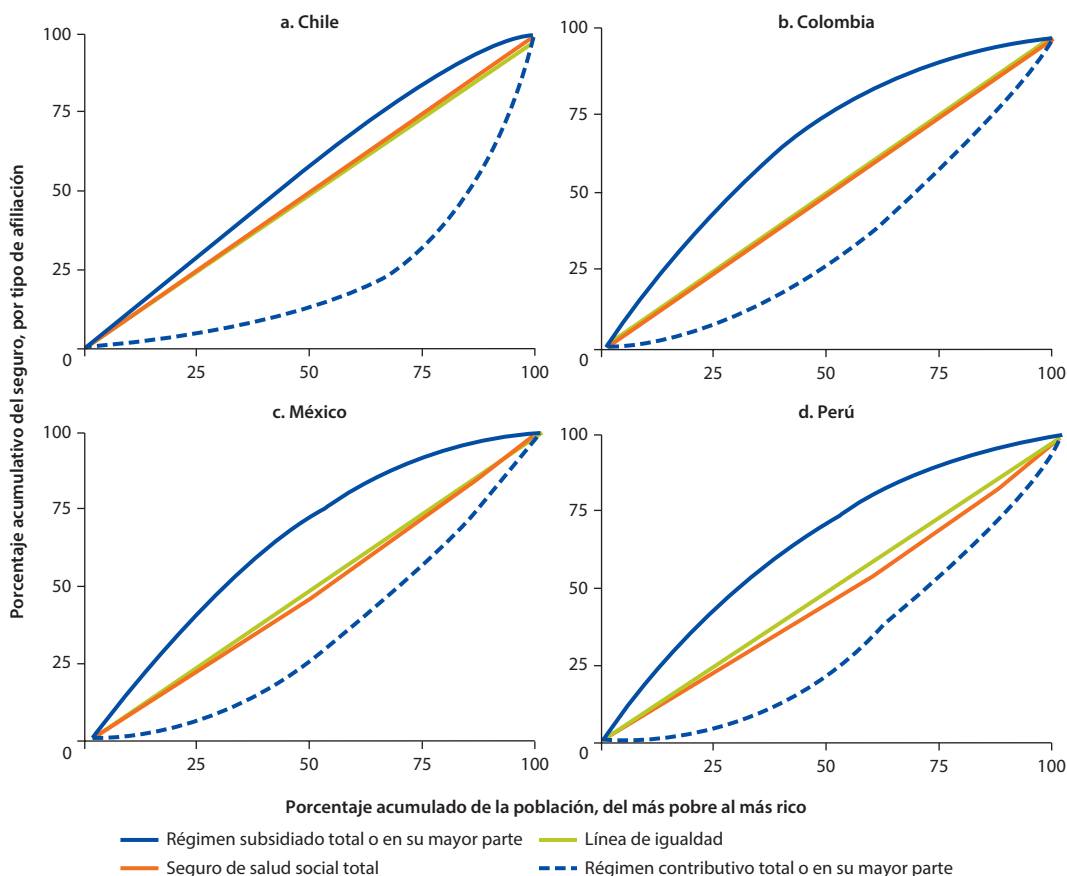
Fuentes: PNAD, 1998, 2003 y 2008.

a. Este análisis excluye los planes exclusivos para salud dental.

b. Este análisis se realizó sobre la población adulta. Contando a los niños, la población cubierta por seguros médicos privados es ligeramente inferior: 24 por ciento en 2008, en comparación con el 26 por ciento de la población adulta.

La afiliación total al sistema social de aseguramiento en salud ha exhibido un crecimiento constante en la última década. En Costa Rica, así como en países con sistemas semi integrados —un régimen subsidiado y un subsistema contributivo integrado por uno o más programas—, la cobertura general se distribuye equitativamente entre todos los grupos de ingreso². Lo anterior se puede observar en la curva de concentración, que grafica la distribución acumulada de la variable en cuestión, en contraposición con la distribución acumulada de individuos clasificados en orden ascendente con respecto de su nivel de vida, o de ingresos en este caso (Wagstaff *et al.*, 2011). En el gráfico 4.2, la distribución de la cobertura total del seguro de salud (régimen contributivos y subsidiados) prácticamente se superpone a la línea de igualdad, lo que significa que la distribución de la variable medida no está relacionada con la medida de estándar de vida; esto es más acentuado en los países con altos niveles de cobertura como Chile y Colombia. Esta igualdad se consigue por medio de una expansión más rápida del régimen subsidiado, que es por naturaleza más favorable a los pobres (o sea, que la curva de concentración se encuentra por encima de la línea de igualdad) y contrarresta el sub sistema contributivo, cuyos afiliados tienden a ser los más ricos.

Un patrón interesante surge en la afiliación en los dos esquemas en la medida que crece la cobertura general del aseguramiento en salud al interior y entre países. En los niveles bajos de cobertura general (por ejemplo, en los porcentajes 24 a 57 en Perú), el régimen subsidiado es cada vez más favorable a los pobres ya que capta población pobre y no asegurada. Esto se refleja en un índice de concentración negativo y creciente (en valores absolutos) —una estadística resumen procedente de la curva de concentración que oscila entre 1 y 1 negativo: esta es positiva cuando la variable de interés se concentra entre los ricos y negativa cuando sucede lo opuesto (gráfico 4.3). En Perú y México, los regímenes contributivos también se tornan menos favorables a los ricos debido al crecimiento de la afiliación entre la clase media.

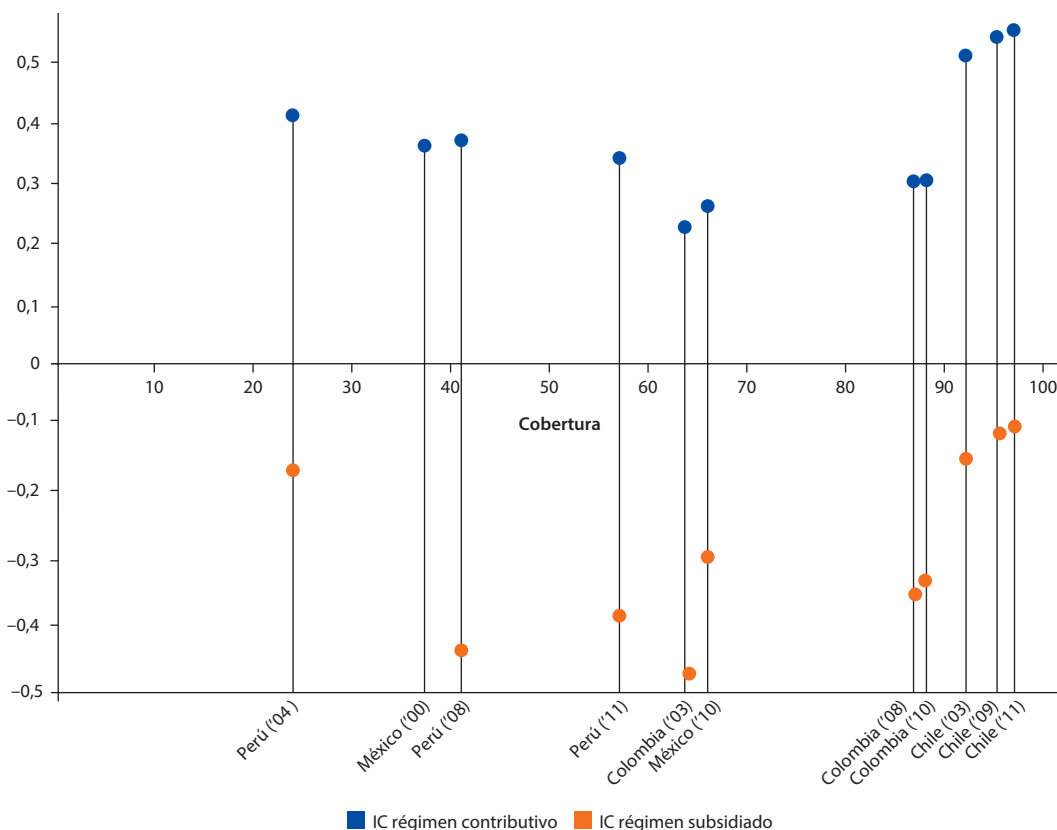
Gráfico 4.2 Distribución de la cobertura de salud del seguro social entre los diversos grupos de ingreso

Fuentes: Estimaciones del estudio con base en Chile—CASEN 2011; Colombia—ECV 2010; México—ENIGH 2010; Perú—ENAH 2011.

Nota: Subsidiado: Chile—FONASA; Colombia—Régimen Subsidiado; México—Seguro Popular; Perú—Sistema Integral de Salud. Contributivo: Chile—ISAPRES; Colombia—Régimen Contributivo; México—IMSS, ISSSTE, PEMEX. El total del sistema social de aseguramiento en salud es la suma de los regímenes subsidiados y contributivos.

Sin embargo, en países con altos niveles de cobertura total, como Colombia (64 al 88 por ciento) y Chile (92 al 97 por ciento), la ampliación de cobertura es el resultado del crecimiento observado en los regímenes mayormente subsidiados. En la medida que la afiliación entre la clase media crece, estos regímenes se tornan menos favorables para los pobres. Tal como se ilustra en el gráfico 4.4, el régimen subsidiado se expande en parte debido a que los que tienen las mejores condiciones económicas migran a este subsistema, procedentes del sistema contributivo. A su vez, el subsistema contributivo comprende concentraciones cada vez mayores de ricos más allá de cierto nivel de cobertura general. En Chile, donde se ha logrado una cobertura del aseguramiento en salud casi universal, la proporción y la cantidad de personas afiliadas en el régimen totalmente contributivo disminuyeron durante el período del estudio. En la medida que disminuye la población no asegurada, la proporción mayoritaria de pobres entre este grupo se reduce; en Chile,

Gráfico 4.3 Tendencia en la concentración de los subsistemas de aseguramiento en salud a través de grupos de ingreso, por niveles de cobertura

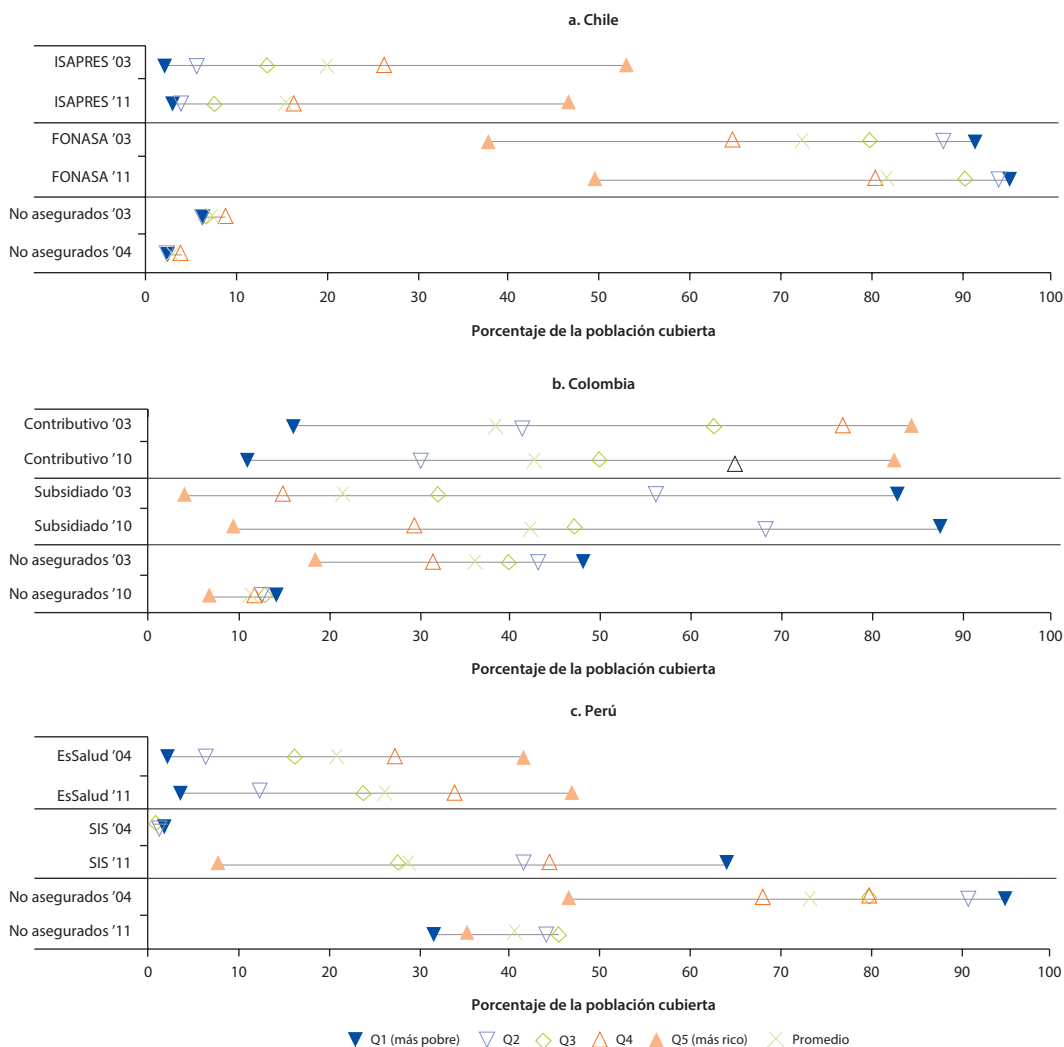


Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Chile—CASEN 2003, 2009, y 2011; Colombia—ECV 2003, 2008, y 2010; México—ENIGH 2000 y 2010; Perú—ENAH 2004, 2008, y 2011.

Nota: IC = índice de concentración.

sucede lo contrario: el 4 por ciento de la población en los dos quintiles superiores está sin seguro, en comparación con el 2 por ciento en los tres quintiles inferiores.

Estas categorías amplias —asegurado/sin seguro, contributivo/subsidiado— enmascaran una realidad con matices más diversos. Por ejemplo, el régimen subsidiado en México y Perú permite, en teoría, cobrar las primas a los afiliados con capacidad de pago, aunque en la práctica no es así; en Chile, más de un tercio del presupuesto del régimen subsidiado es financiado por contribuciones de los miembros. Del mismo modo, en varios países, los regímenes contributivos son en alguna medida subsidiados. Esto sucede en Costa Rica, donde se amplió la cobertura a las poblaciones pobres y vulnerables por medio del financiamiento de su afiliación a la CCSS con subsidios pagados con fondos públicos. La misma situación ocurre en México, donde los regímenes contributivos reciben subvenciones públicas. Aún en los países donde algunas personas no pertenecen a un régimen específico, los mismos pueden recibir servicios gratuitos en las unidades públicas

Gráfico 4.4 Distribución de la población por quintil y subsistema de seguro de salud

Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Chile—CASEN 2003 y 2011; Colombia—ECV 2003 y 2010; Perú—ENAH0 2004 y 2011.

Nota: “Sin seguro” se refiere a la población no inscrita en un plan de seguro formal, aunque todavía pueden tener acceso al sistema público de salud.

si son considerados pobres. Incluso antes de las reformas de la década de 1990, los ministerios de salud en la mayoría de los países eran responsables, al menos en el papel, de la prestación de servicios de atención en salud para la población. Este era particularmente el caso de aquellos no cubiertos por planes basados en el empleo u otro tipo de seguro, o de aquellos que no podían pagar un seguro privado. Y, hasta este día, los ministerios de salud continúan brindando atención de salud a los no asegurados. Por ejemplo, Guatemala y Perú aún reportan una cobertura sustancial por parte de sus ministerios de salud: 70 y 58 por ciento respectivamente (ver cuadro 5.1 en OPS, 2012). Es más, hasta los asegurados por

los regímenes contributivos o privados recurren a los hospitales de tercer nivel financiados con fondos públicos, cuando necesitan atención muy especializada (y cara). Entonces, ¿qué ha cambiado en la práctica?

Esta discusión conduce a las limitaciones en la definición de la CUS en lo que respecta a quién tiene derecho a ciertos programas o qué beneficios reciben en teoría las personas. En las siguientes secciones, vamos a profundizar en las dimensiones de la CUS examinando tanto el alcance (servicios cubiertos) y la profundidad de la cobertura (proporción de los costos directos cubiertos; OMS, 2008, 2010). Vamos a evaluar la utilización de los servicios y sus implicaciones financieras en contraste con los derechos *de jure*. También examinamos los avances en los resultados de salud a través de diferentes grupos poblacionales. A lo largo del análisis, vamos a preguntarnos si los logros son observables en todos los segmentos de la población. Este esfuerzo nos lleva más allá de la medición de los promedios poblacionales —como en el seguimiento a los objetivos de desarrollo del milenio (ODM)— a medir como se distribuyen los beneficios a través de los diferentes grupos poblacionales. Nuestros métodos para medir las desigualdades en salud se resumen en los recuadros 4.2 y 4.3. Para la comparabilidad entre países, elegimos utilizar agrupaciones socioeconómicas medidas por ingreso o consumo. En casos excepcionales, al carecer de datos de ingreso y consumo, se utilizó un índice de riqueza. Esta no es sino una de las dimensiones de la equidad. Dependiendo del contexto del país, para fines de política pública, podría ser relevante observar las variaciones a través del territorio nacional, grupos étnicos, género, nivel educativo u otros determinantes sociales de la salud. Todos estos deberían analizarse para construir una imagen completa de la equidad en la región (Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008).

Además, postulamos que una medición integral de la CUS debería extenderse a las áreas de salud pública y atención primaria, las cuales se constituyen en componentes esenciales de la política de salud. Tal como se destaca en el capítulo anterior, un hilo común de las reformas en la región ha sido un enfoque renovado en las intervenciones de salud pública dirigidas, en primer lugar, a reducir la probabilidad de que la población se enferme en primera instancia, y a la atención primaria, incluyendo los servicios preventivos. Nuestras mediciones del estándar de vida se basan en ordenamientos de individuos o por hogar. Las intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades son generalmente basadas en la población. Esto hace más difícil el análisis de las disparidades en el acceso que el de las disparidades en los servicios personales a los que acceden individuos específicos. En vez de ello, proponemos medir los cambios en los comportamientos y estilos de vida de riesgo que tienen un impacto en la salud y que pueden ser modificados por medio de políticas e intervenciones de salud (y de otro tipo).

Por último, estamos conscientes que los países de la región se encuentran en diferentes etapas de la transición demográfica y epidemiológica. Intentamos evaluar los avances a través de la medición de indicadores pertinentes para las diferentes etapas del curso de vida y que se relacionan con las diversas

Recuadro 4.2 Resumen de la metodología

Para el análisis de la cobertura de la población, de los servicios y de la protección financiera a través del tiempo, examinamos 56 encuestas de hogares nacionalmente representativas de nueve países: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guatemala, Jamaica, México y Perú (ver cuadro 4.2). Además, incluimos datos de las Encuestas de Demografía y Salud (ENDESA) presentados en las Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012) agregando variables para los países de LAC, con datos para el período estudiado (Bolivia, República Dominicana y Haití).

Para medir el progreso en las tres dimensiones de la CUS y los resultados en materia de salud, los cambios en el tiempo se analizan en toda la distribución de la población, usando el mismo conjunto de preguntas a través de múltiples variables, las cuales se investigan en dos o más momentos en el tiempo. Dada la heterogeneidad de las encuestas en todos los países de América Latina y el Caribe en cuanto a tipo, frecuencia y recopilación de datos, es difícil evaluar la cobertura de los servicios y las protecciones financieras entre los países. Para hacer frente a este desafío y asegurar resultados confiables, fuimos cuidadosos al revisar y seleccionar variables comparables a través de todas las encuestas. También empleamos técnicas para ajustar el período de muestreo y normalizar las variables binarias para los países del estudio.

Nuestra metodología amplía y complementa las técnicas utilizadas anteriormente para medir la desigualdad en la cobertura de servicios para adultos en los países seleccionados de América Latina y el Caribe (Almeida y Sarti, 2013) y se describe plenamente en O'Donnell y Wagstaff (2008) y Wagstaff *et al.* (2011). El Apéndice A brinda mayores detalles sobre la metodología. Se utilizó el software ADePT para asegurar la comparabilidad. Las comparaciones de salud y la utilización de variables en dos o más países son importantes para la evaluación de las políticas relacionadas con la CUS y su impacto en la equidad. Sin embargo, las diferentes poblaciones y grupos poblacionales pueden tener diferencias justificables en los resultados de salud y la utilización de los servicios: por ejemplo, los ancianos tendrán más problemas de salud que los adolescentes y por lo tanto recurrirán más a los servicios de salud. De manera que es necesario estandarizar las características que determinan las variaciones justificadas en la salud y la utilización de los servicios de salud. La edad y el sexo se han utilizado para la estandarización de la mayoría de las variables, salvo los resultados y servicios de salud reproductiva y maternoinfantil. Además de la edad y el sexo, las variables relacionadas con la utilización de los servicios de salud requieren de variables de normalización que describan la necesidad, porque se espera que los que tienen mayores necesidades de salud utilicen más los servicios. La metodología exige la comparación entre la distribución real y la esperada según la necesidad para evaluar las desigualdades. Para calcular la distribución esperada según la necesidad, esta última se mide por aproximación mediante mediciones de la situación de salud, como la salud autoevaluada (SAH), las condiciones crónicas, las limitaciones físicas, y/o las dificultades para las actividades diarias, cuando estén disponibles. Nuestros cálculos se basan en el método de estandarización indirecta. Este método es preferible a la estandarización directa porque es más preciso para analizar datos a nivel individual y corrige la distribución real de la variable de interés. Lo logra mediante la comparación de la distribución real con la distribución que se observaría si los individuos tuvieran sus propias

Recuadro continúa en la siguiente página

Recuadro 4.2 Resumen de la metodología *(continuación)*

características, pero con los mismos efectos de aquellas características en la variable de interés que en toda la población (Wagstaff *et al.*, 2011).

Para el análisis, se utilizaron mediciones que describen la desigualdad entre los grupos de población y entre las categorías extremas. Sus resultados tienen características distintivas y pueden sugerir diferentes acciones. Las mediciones utilizadas incluyen índices de concentración, curvas de concentración y distribuciones por quintil en sus formas absolutas y relativas (véase recuadro 4.3).

Recuadro 4.3 Mediciones de desigualdad

Medición	Descripción
Distribuciones por quintil	<p>Distribución de la población según la medición del estándar de vida (ingresos, consumo o riqueza) en cinco grupos de 20 por ciento, clasificados desde los que tienen las peores condiciones económicas (Q1) a los que tienen las mejores condiciones económicas (Q5).</p> <p>La razón de tasas (Q5/Q1) es una medida relativa de la desigualdad socioeconómica entre dos extremos, se calcula como el valor medio de la variable de interés para el 20 por ciento de la población con los estándares de vida más altos (Q5) dividida entre el valor medio de la misma variable para el 20 por ciento de la población con los niveles de vida más bajos (Q1).</p> <p>La diferencia de tasas (Q5-Q1) es una medida absoluta de la desigualdad socioeconómica entre dos extremos, se calcula como el valor medio de la variable de interés para el 20 por ciento de la población con los niveles de vida más altos (Q5) menos el valor medio de la variable de interés para el 20 por ciento de la población con el nivel más bajo de vida (Q1).</p>
Curva de concentración	<p>La curva de concentración es una medida de la desigualdad observada a través de toda la distribución poblacional, traza la proporción acumulada de la variable de interés en comparación con la proporción acumulada de población, clasificada por posición socioeconómica (ingreso, consumo, o riqueza) o cualquier otra variable que provea un ordenamiento jerárquico.</p>
Índice de concentración	<p>El índice de concentración (IC) es un indicador sintético de la información contenida en la curva de concentración, representa el doble del área entre la curva de concentración y la línea de igualdad. Su valor oscila entre -1 y 1 y es igual a cero cuando no hay desigualdad. Por convención, cuando la variable de interés se concentra de manera desproporcionada entre los pobres (los ricos) el valor del IC es negativo (positivo) y entre mayor es la desigualdad, mayor será el IC en términos absolutos. El IC mide la desigualdad relativa, es decir, la fracción acumulada de la variable de interés. El IC absoluto se obtiene de la multiplicación del IC por la media de población de la variable de interés; mide la cantidad acumulada de la variable o el interés.</p>
Índice de inequidad horizontal	<p>El índice de inequidad horizontal (IIH) es el índice de concentración estandarizada por nivel de necesidad, se calculada como la diferencia entre el índice de concentración de la utilización de los servicios de salud reales y esperados según el nivel de necesidad.</p>

Cuadro 4.1 Indicadores relevantes según etapas del ciclo de vida

	<i>Primeros años</i>	<i>Juventud a la edad mediana</i>	<i>Edad mediana a la tercera edad</i>
Resultado	Tasa de mortalidad en menores de 5 años Infección respiratoria aguda Diarrea Retraso del crecimiento	Violencia en la pareja (mujeres) Accidentes de tránsito y lesiones	Estado de salud autoevaluado Asma Depresión Diabetes Enfermedades cardíacas
Factor de riesgo		Consumo de alcohol Consumo de tabaco (mujeres)	Hipertensión diagnosticada Obesidad
Utilización	Inmunización completa Tratamiento médico de infecciones respiratorias agudas Tratamiento de la diarrea (rehidratación oral)	Prevalencia de uso de anticonceptivos Atención prenatal Atención profesional al parto Detección del cáncer de cuello uterino	Detección del cáncer de mama Visita de atención preventiva Visita de atención curativa Vista de consulta externa Hospitalización
Protección financiera		Gastos catastróficos en salud Empobrecimiento	

condiciones de salud, particularmente la salud materna y neonatal y los trastornos nutricionales, además de las enfermedades transmisibles y no transmisibles (cuadro 4.1).

Resultados en materia de salud, factores de riesgo y utilización de servicios por parte de los diversos segmentos poblacionales

Los primeros años

Las tasas de mortalidad infantil han disminuido considerablemente, lo mismo que las disparidades entre los grupos con diferentes niveles de recursos, aunque dichas tasas siguen siendo más altas entre los pobres. La utilización de los servicios de salud infantil se ha incrementado, pero sigue siendo generalmente favorable a los ricos, a pesar de la disminución de la desigualdad. La prevalencia de enfermedades, que se concentra entre los pobres, no se ha comportado como se esperaba ante la disminución de la mortalidad. Un mejor acceso a los servicios, y por lo tanto al diagnóstico, entre las personas más ricas pueden estar enmascarando los cambios en la prevalencia real.

Desde 1990, la región ha mostrado mejoras sustanciales en cuanto a mortalidad infantil; en el año 2012 casi había llegado a la meta de los ODM de reducir la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años en dos tercios de 1990 a 2015 (gráfico 4.5). El ritmo de avance de América Latina para este ODM ha superado a la mayoría de las otras regiones (Liu *et al.*, 2012; UNICEF *et al.*, 2013). Se observaron mejoras en casi todos los países (es posible que las pocas excepciones se deban a la calidad de los datos) aunque hubo variaciones considerables en toda la región. Las reducciones mayores se observaron en Brasil, Perú, Uruguay y El Salvador, de los cuales todos han cumplido con la meta de los ODM antes de lo previsto; sin embargo, el avance en el Caribe es lento.

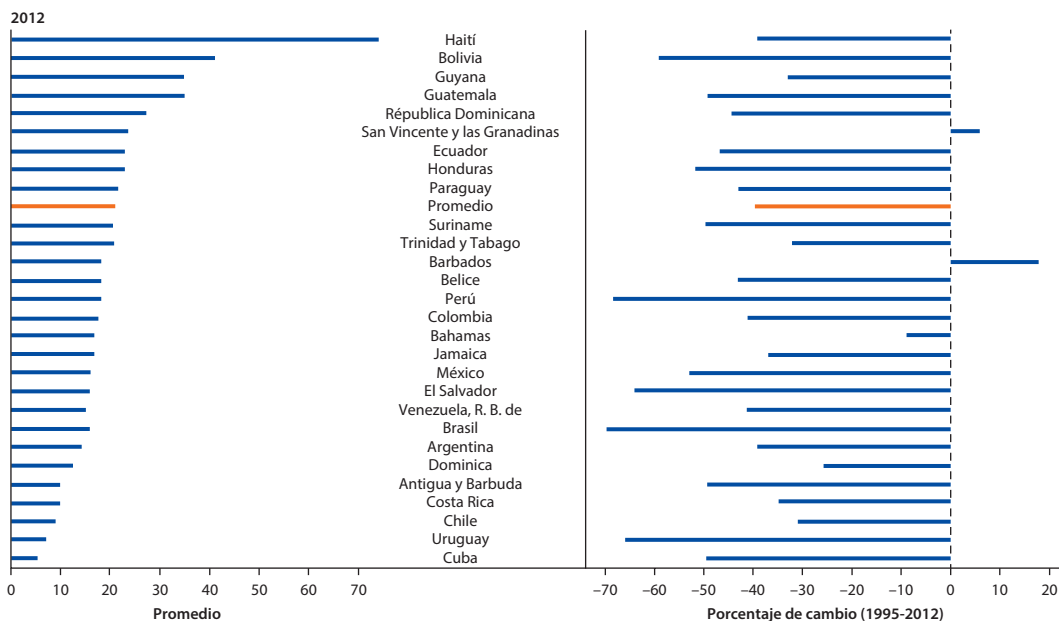
Aunque las tendencias generales en la mortalidad infantil son claramente positivas, el panorama es mixto cuando se trata de las diferencias en tasas

Cuadro 4.2 Encuestas analizadas

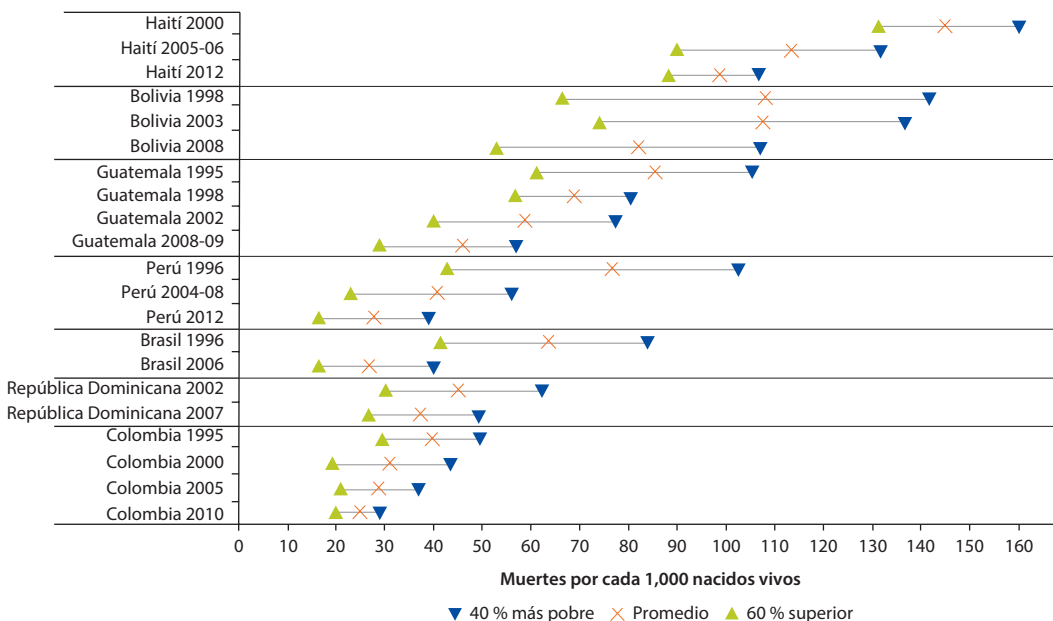
<i>País</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Año</i>
Argentina	Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR)	2005 y 2009
	Encuesta Nacional de Utilización y Gastos (ENUG)	2003, 2005 y 2010
	Encuesta Nacional de Gastos de Hogares (ENGH)	1997 y 2005
Brasil	Encuesta Nacional de Muestreo de Hogares (PNAD)	1998, 2003 y 2008
	Encuesta Nacional de Demografía y Salud de la Niñez y la Mujer (PNDS)	1996 y 2006
Chile	Encuesta de Presupuesto de Hogares (POF)	2003 y 2008
	Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica (CASEN)	2003, 2009 y 2011
	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	2009
	Encuesta Nacional de Salud y Calidad de Vida (ENCAVI)	2006
	Encuesta de Satisfacción y Gastos en Salud (ESGS)	2006
Colombia	Encuesta de Calidad de Vida (ECV)	2003, 2008 y 2010
	Encuesta Demográfica y de Salud (ENDS)	1995, 2000, 2005 y 2010
	Encuesta Nacional de Nutrición (ENSIN)	2005 y 2010
	Encuesta Nacional de Salud (ENS)	2007
Costa Rica	Encuesta de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR)	1999
	Encuesta Nacional de Nutrición (ENN)	2008
	Encuesta Nacional de Salud (ENSA)	2006
	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIG)	2004 y 2013
Guatemala	Encuesta de Salud Materno Infantil (ENSMI)	1995, 1998, 2002 y 2008–09
	Encuesta Nacional de Condiciones de Vida (ENCOVI)	2006 y 2011
Jamaica	Encuesta Jamaíquina de Condiciones de Vida (JSLC)	2004, 2007 y 2009
México	Encuesta Nacional de Salud (ENSA)	2000
	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)	2006 y 2012
	Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos (ENIGH)	2000, 2006 y 2010
Perú	Encuesta Demográfica y de Salud (ENDES)	1996, 2000 y 2004–08
	Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO)	2004, 2008 y 2012

Nota: Para complementar los resultados de las Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012), analizamos la DHS 2012 de Haití. También recalculamos el indicador de uso de anticonceptivos para todos los países de América Latina y el Caribe usando la definición de la OMS (<http://apps.who.int/gho/indicatorregistry>).

de mortalidad entre los diversos grupos socioeconómicos. Hoy los niños, independientemente de su lugar en la distribución socioeconómica, tienen una probabilidad de fallecer menor que la que tenían en 1995, y la brecha entre los más pobres y los más ricos se ha reducido en todos los países estudiados (gráfico 4.6). Sin embargo, los niños pobres siguen muriendo a un ritmo mayor que los niños de las familias con mejores condiciones económicas; la probabilidad de morir antes de los cinco años en los niños del quintil más pobre puede ser entre 1,5 y 6 veces más alta que los que están en el quintil más rico. Ya sea medida como proporción sencilla de la tasa de mortalidad entre los quintiles superiores e inferiores, o a través del índice de concentración que da cuenta de la distribución de la mortalidad entre la población, la desigualdad relativa es mayor en Guatemala y Bolivia. Por otra parte, la desigualdad relativa se ha incrementado en Guatemala entre 1998 y 2002. Esto indica que la disminución en la tasa de mortalidad nacional en menores de cinco años fue causada por las mejoras observadas en los más ricos. Colombia tiene la tasa de mortalidad más baja y la distribución más equitativa entre los países de la muestra.

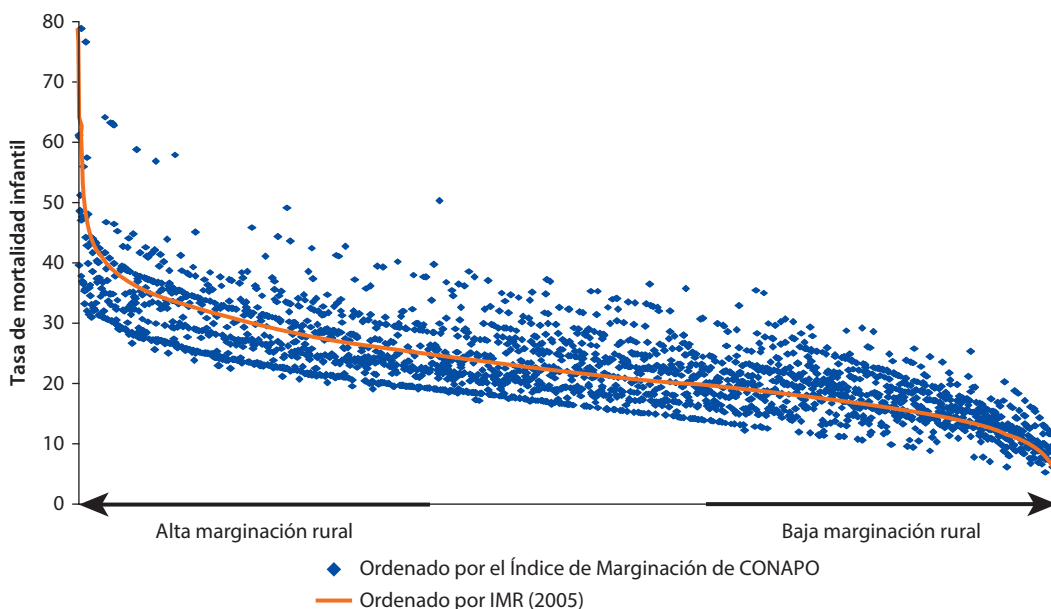
Gráfico 4.5 Tasas de mortalidad en menores de cinco años, 1995–2012

Fuente: UNICEF *et al.*, 2013.

Gráfico 4.6 Tasas de mortalidad en menores de cinco años: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)

Fuentes: Hojas de datos sobre equidad y protección financiera en salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, estimados del estudio basados en Brasil—PNDS 2006; Guatemala—ENSMI 1998, 2002, y 2008-09; Haití—DHS 2012; Perú—ENDES 2012.

Nota: Para este análisis se utilizaron los quintiles de riqueza.

Gráfico 4.7 Municipios ordenados por tasa de mortalidad infantil e índice de marginación, México, 2005

Fuente: Elaboración de John Scott utilizando la base de datos sobre tasas de mortalidad infantil municipal de CONAPO (http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Estimación_de_la_mortalidad_infantil_para_Mexico_las_entidades_federativas_y_los_municipios_2005) y el índice de marginación de CONAPO para los municipios (CONAPO, 2011).

Los datos sobre mortalidad desglosados por nivel socioeconómico son escasos. Este problema es mucho más grave en América Latina más que en otras partes del mundo en desarrollo debido a que los sistemas de estadísticas vitales (que generalmente no recogen información sobre los niveles de vida) están reemplazando a las encuestas ocasionales como fuente de datos sobre mortalidad. El análisis de equidad es factible cuando los sistemas de estadísticas vitales registras de manera precisa y fiable la información sobre el lugar de residencia (González *et al.*, 2009). Pero ese todavía no es el caso en muchos países de América Latina y el Caribe, donde los sistemas todavía necesitan mejorar. Un análisis de las tasas de mortalidad infantil por lugar de residencia en México, por ejemplo, muestra una fuerte correlación entre marginalidad y mortalidad infantil, así como una amplia brecha (de hasta diez veces) en las tasas de mortalidad infantil entre las localidades donde viven los que tienen mejores y peores condiciones económicas (gráfico 4.7).

Enfermedades de la infancia

Las mejoras en la salud infantil se pueden atribuir en gran parte a una reducción de la carga de enfermedad asociada con diarrea, infecciones respiratorias, meningitis y otras enfermedades infecciosas. En 1995 estas condiciones eran la causa mayor de pérdida de vida saludable en niños menores de 5 años, y eran las causales del 41 por ciento de los años de vida ajustados por discapacidad (DALY)

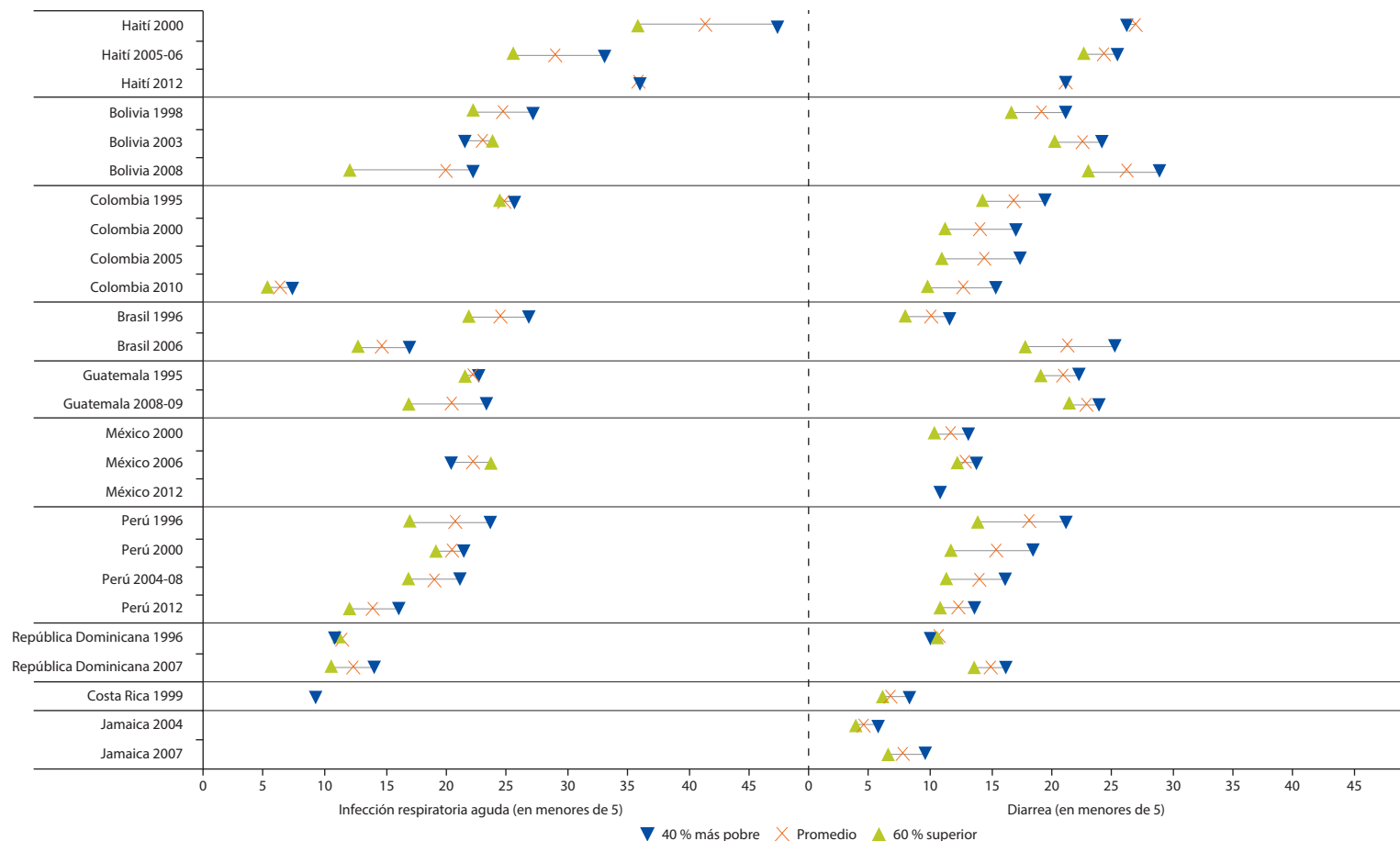
en América Latina y el Caribe (LAC). Una década y media después su proporción había disminuido hasta el 21 por ciento (IHME, 2010). La reducción de las muertes por neumonía, sarampión y diarrea contribuyó más a la disminución de la carga mundial de la enfermedad en niños menores de cinco años. En los años comprendidos entre 2000 y 2010, el ritmo anual más rápido de disminución de la mortalidad por causas específicas en el continente americano provino de la reducción de la mortalidad neonatal debido a la diarrea, el tétanos y la neumonía; entre los niños de 1 a 59 meses, se observaron reducciones similares en la mortalidad por diarrea, meningitis, SIDA y neumonía (Liu *et al.*, 2012). Entre estas enfermedades, la diarrea y la neumonía representaba la carga mayor de la enfermedad al inicio de este período de 10 años. Con el fuerte descenso de la mortalidad por diarrea, la neumonía es hoy la principal causa de muerte en niños menores de cinco años (Rudan *et al.*, 2008). El gráfico 4.8 muestra la incidencia de diarrea e infecciones respiratorias agudas en el grupo de 0 a 5 años de edad a través de quintiles socioeconómicos. Debido a que estas enfermedades son muy comunes, no se requiere de encuestas con grandes muestras poblacionales para recopilar datos desglosados por estratos socioeconómicos (en contraste, por ejemplo, con la meningitis o el SIDA). La prevalencia de infecciones respiratorias agudas ha disminuido en todos los países entre 2005 y 2012, con excepción de Haití (y la República Dominicana, donde el incremento fue marginal). Teniendo en cuenta la disminución de la mortalidad por enfermedad, se podría esperar una disminución similar en la prevalencia de la diarrea. Sin embargo, los datos no reflejan esto, quizá debido a un mejor acceso a los diagnósticos. A diferencia de las infecciones respiratorias agudas, la diarrea no es necesariamente una condición aguda y por lo tanto es más probable que no se detecte.

Esta discusión pone de relieve un desafío en lo que se refiere a datos de prevalencia: es difícil separar la existencia de la condición de su detección. Aunque la condición en sí puede ser más frecuente entre los pobres, probablemente se diagnostiquen (y traten) más casos entre los más acomodados. Esto explica por qué el gradiente de desigualdad no es tan grave para la prevalencia de la enfermedad como para la mortalidad. Aun así, los resultados en el gráfico 4.8 muestran que en todos los casos la diarrea es más frecuente entre los pobres. Las infecciones respiratorias agudas son también más frecuentes entre los pobres en la mayoría de los países, con excepción de México; independiente de la medida utilizada, la equidad ha empeorado en todas partes menos en Haití. Esto podría reflejar mejoras de equidad en el acceso a los servicios, lo cual se discute a continuación.

Servicios de salud infantil

Immunización. La vacunación de los niños contra las principales enfermedades de la infancia, y la prevención y tratamiento de la diarrea y la neumonía (además de la malaria) fueron las dos mejores inversiones en salud, según los costos evitados por años de vida ajustados por discapacidad (Laxminarayan y Ashford, 2008). El gráfico 4.9 presenta datos sobre la cobertura de estos servicios desagregados por estratos socioeconómicos. Tenga en cuenta las diferencias entre los

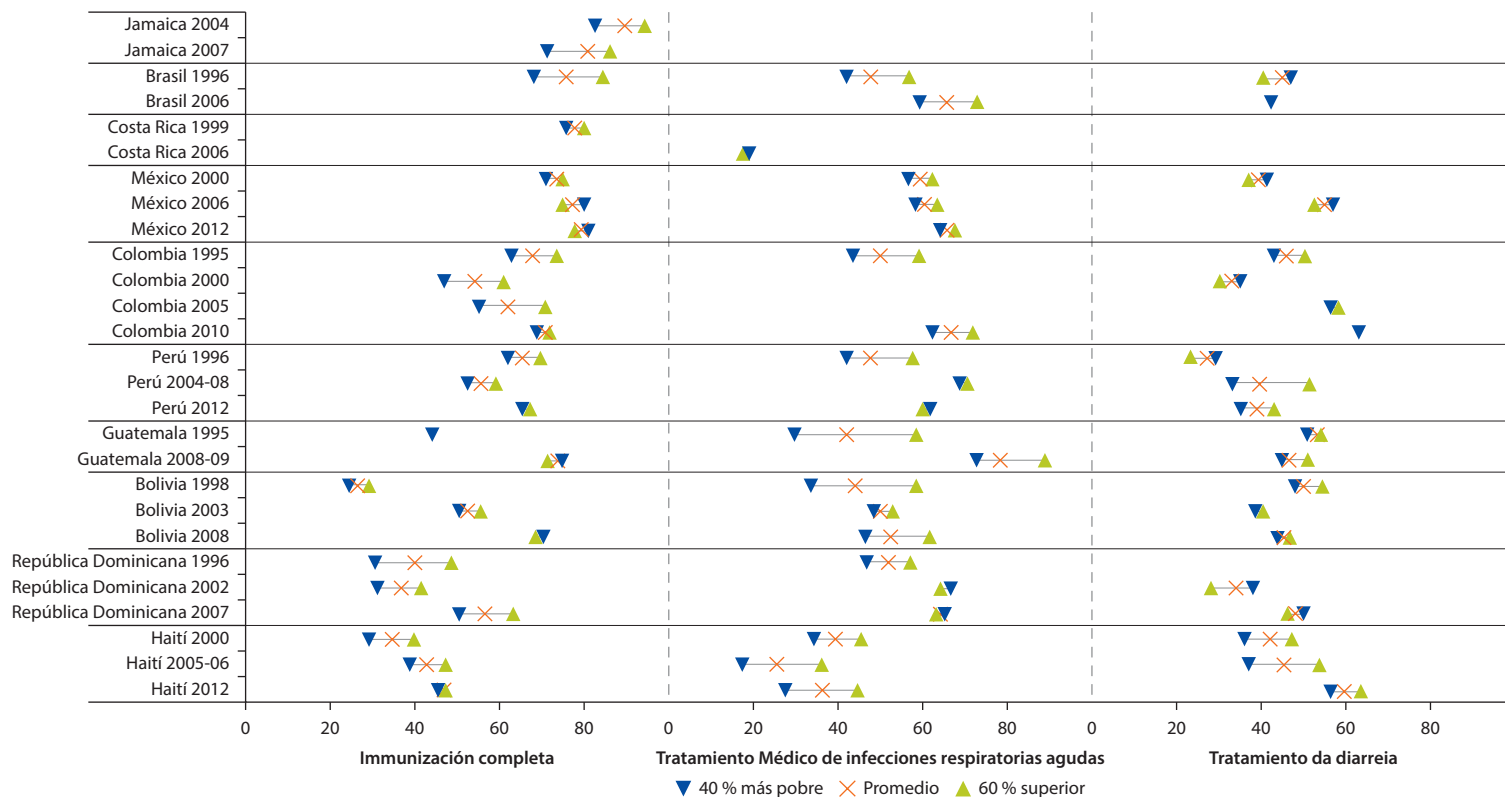
Gráfico 4.8 Prevalencia de enfermedades de la infancia: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, estimaciones del estudio basadas en Brasil—PNDS 2006; Costa Rica—ENSSR 1999; Guatemala—ENSMI 2008-09; Haití—DHS 2012; Jamaica—JSLC 2004 y 2007; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—ENDES 2012.

Nota: Se utilizaron quintiles de riqueza para este análisis con excepción de Jamaica y México.

Gráfico 4.9 Inmunización completa, tratamiento médico de las infecciones respiratorias agudas y la diarrea: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, estimaciones del estudio basadas en Brasil—PNDS 2006; Costa Rica—ENSSR 1999; Guatemala—ENSMI 2008-09; Haití—DHS 2012; Jamaica—JSLC 2004 y 2007; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—ENDES 2012.

Nota: Se utilizaron quintiles de riqueza para este análisis con excepción de Jamaica y México.

tres indicadores para las intervenciones en salud. Hay un protocolo claro y un objetivo conocido para la inmunización básica: antes de los dos años de edad todos los niños deben recibir al menos una dosis de la vacuna contra la tuberculosis, BCG, tres dosis de la vacuna contra la polio, tres dosis contra la difteria, tétanos y tos ferina (DTP3) y una dosis contra el sarampión³. La rehidratación oral es también un tratamiento específico conocido por reducir la deshidratación y las muertes por enfermedades diarreicas. Pero, a diferencia de la vacunación, la enfermedad a combatir no es tan clara: no todos los niños con diarrea necesitan sales o soluciones caseras para la rehidratación oral. El indicador sobre el porcentaje de niños que reciben tratamiento médico para la infección respiratoria aguda tiene una deficiencia aún mayor porque indica si los niños recibieron intervenciones específicas y eficaces como antimicrobianos y antipiréticos orales, por ejemplo, en el caso de la neumonía leve. Se informa sobre la cobertura bruta —o sea, el porcentaje de la población con necesidades de salud (niños con tos y respiración rápida) que buscaron tratamiento médico—, pero no se informa si las intervenciones tienen alta probabilidad de producir beneficios para la salud. Esta limitación es común en muchos indicadores de utilización de servicios. El concepto de cobertura efectiva (Shengelia *et al.*, 2005) y demás indicadores que miden la calidad de los servicios se discuten con mayor detalle en el siguiente capítulo.

Con excepción de Jamaica, las tasas de inmunización han aumentado en toda la región, aunque los niveles se mantienen muy por debajo del objetivo del 100 por ciento, sobre todo en Haití y República Dominicana (45 y 55 por ciento respectivamente)⁴. Los mayores logros se registraron en Bolivia y Guatemala, que comenzaron en niveles bastante bajos, pero que han equiparado los niveles de sus vecinos. Aunque las tasas de inmunización son generalmente más altas entre los más ricos algunos países, como Bolivia, Colombia y México, han reducido las disparidades elevando las tasas, sobre todo entre los pobres. La caída en las tasas de vacunación entre los muy ricos en Colombia y México es preocupante⁵, especialmente si esto indica un rechazo a las vacunas, como las observadas en Europa y Estados Unidos, y dan como resultado brotes de enfermedades (Omer *et al.*, 2009). La desigualdad relativa ha disminuido, ya sea a través de toda la distribución o entre los más pobres y los más ricos. Jamaica es una excepción: la distribución ha empeorado y la brecha entre los niveles más bajos y los más altos de la población ha crecido.

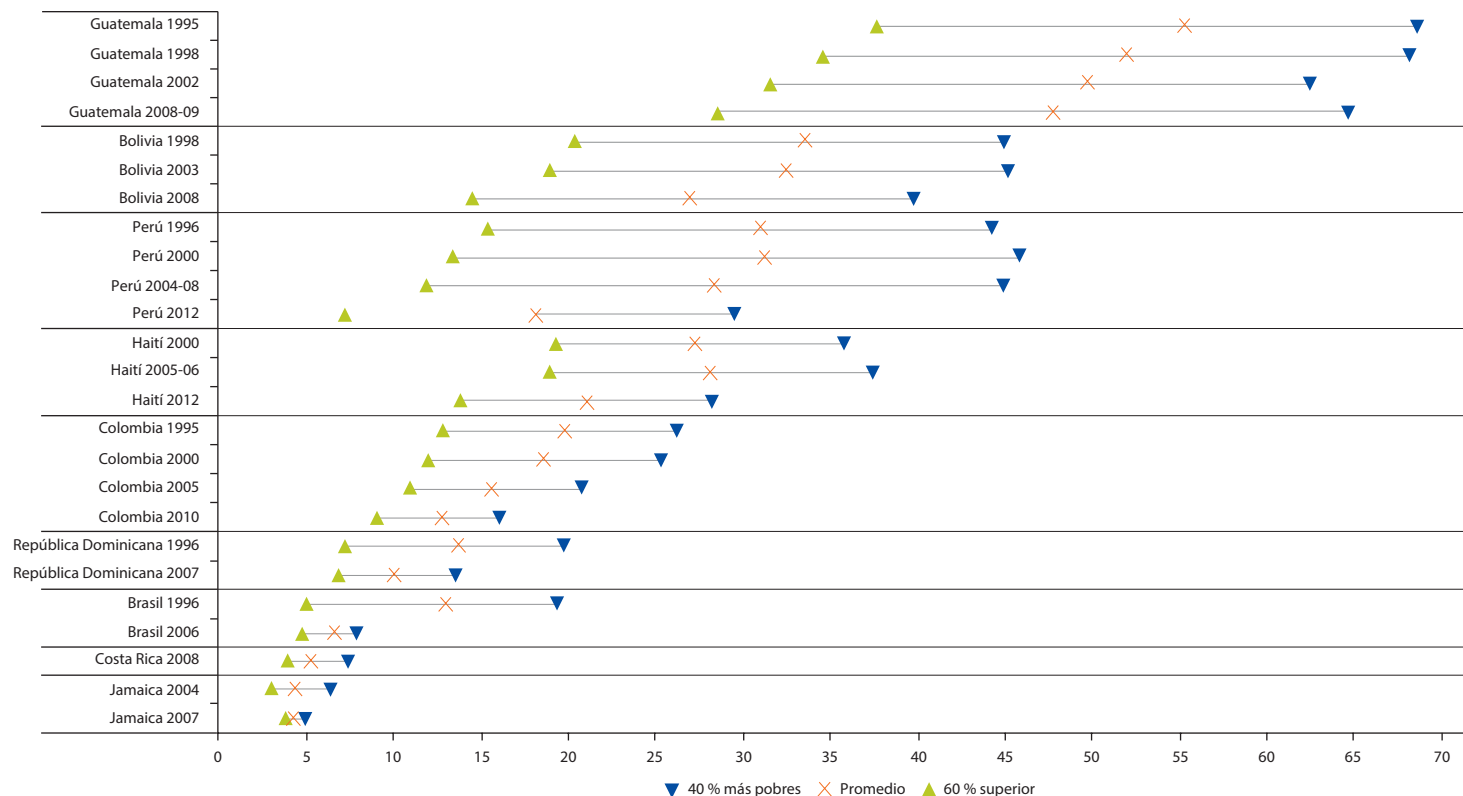
Tratamiento de infecciones respiratorias agudas. El uso de la atención en salud para infecciones respiratorias agudas se ha incrementado. Se encuentra por encima del 60 por ciento en la mayoría de los países, con excepción de Haití y Perú. La tasa en Haití se mantiene por debajo del 40 por ciento, aunque está aumentando para el promedio de la población. En Perú, los avances logrados desde mediados de la década de 1990 se han revertido parcialmente. Aunque las diferencias han disminuido, los servicios siguen siendo en general favorable a los ricos, tanto si se mide en términos absolutos o relativos, entre los extremos socioeconómicos o en toda la distribución de la población.

Tratamiento de la diarrea. Existe un panorama más diverso en cuanto al tratamiento de la diarrea. Al igual que con la inmunización y el tratamiento médico de las infecciones respiratorias, las tasas de utilización (vía sales de rehidratación oral y soluciones caseras) han aumentado, con excepción de Bolivia y Guatemala. En contraste con los servicios prestados por profesionales de la salud, el uso del tratamiento de rehidratación se concentra entre los más ricos en algunos países (Bolivia, Guatemala, Haití y Perú) mientras que la situación en Brasil, República Dominicana y México es inversa. Las disparidades son generalmente pequeñas, aunque Guatemala ha experimentado un aumento considerable en la diferencia de tasa absoluta entre los más pobres y los más ricos de la sociedad.

Las mejoras en la salud de los niños fueron el resultado de campañas masivas de salud pública y programas verticales para la inmunización y la rehidratación oral, así como otras intervenciones, como el monitoreo del crecimiento y la lactancia (Jiménez y Romero, 2007; Richardson *et al.*, 2010; Victora *et al.*, 2011). Estos programas se intensificaron en la década de 1980, pero fueron reemplazados gradualmente por programas mejorados de atención primaria en las décadas de 1990 y 2000, los cuales también han sido eficaces en la mejora de los resultados en salud para los niños, sobre todo entre los sectores más pobres de la sociedad (Macinko *et al.*, 2006; Rasella, Aquino y Barreto, 2010). Además de las intervenciones directas de salud, otros factores que sabemos que contribuyen a mejorar los resultados en salud en los niños incluyen el nivel educativo, sobre todo de la madre (Gakidou *et al.*, 2010) y el saneamiento (Fink, Günther, y Hill, 2011); la región ha experimentado mejoras significativas en estos dos factores. Fink *et al.*, encuentran que el acceso a mejores servicios de saneamiento afecta no solo la mortalidad sino también la diarrea y el retraso leve o severo del crecimiento. Las deficiencias nutricionales no son un factor de consideración para la carga de la enfermedad en la región (representa aproximadamente el 7 por ciento de la carga general) y las tasas de retraso del crecimiento son generalmente bajas. No obstante, algunos países, especialmente de Centroamérica y la región andina, reportan tasas relativamente altas de retraso del crecimiento. Del gráfico 4.10 queda claro que los malos resultados presentan una íntima correlación negativa con la riqueza y que las desigualdades no se han reducido de manera uniforme. De hecho, estas siguen siendo grandes precisamente en algunos de los países más afectados por la desnutrición (Bolivia, Guatemala, Perú y Haití) mientras que los países que han obtenido avances importantes en la reducción de los niveles nacionales de retraso del crecimiento (Brasil, Colombia, República Dominicana) lo han logrado gracias a la reducción de la desnutrición entre los sectores más pobres de la población.

Como señalamos en el capítulo 2, varios países de LAC expandieron sus servicios de protección social, en concreto los programas que transfieren efectivo a las familias pobres bajo condición que lo utilicen para hacer uso de los servicios de educación y salud (Brasil, Chile, Colombia, Jamaica y México). La evidencia sobre el impacto de las transferencias condicionadas en efectivo en los resultados

Gráfico 4.10 Retraso del crecimiento: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2010 (o el año más cercano)



Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, estimaciones del estudio basadas en Brasil—PNDS 2006; Costa Rica—ENSSR 1999; Guatemala—ENSMI 2008-09; Haití—DHS 2012; Jamaica—JSLC 2004 y 2007; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—ENDES 2012.

Nota: Se utilizaron quintiles de riqueza para este análisis con excepción de Jamaica.

en salud infantil es diversa. Pero hay algunos resultados positivos. Se ha demostrado que el programa Oportunidades de México ha reducido la mortalidad infantil, disminuido la incidencia de la enfermedad y aumentado la talla para algunos grupos etarios; Familias en Acción, de Colombia, también ha tenido un impacto demostrado en la talla en niños menores de dos años y ha reducido la incidencia de diarrea en las zonas rurales (Fiszbein, Schady y Ferreira, 2009).

De la juventud a la edad mediana

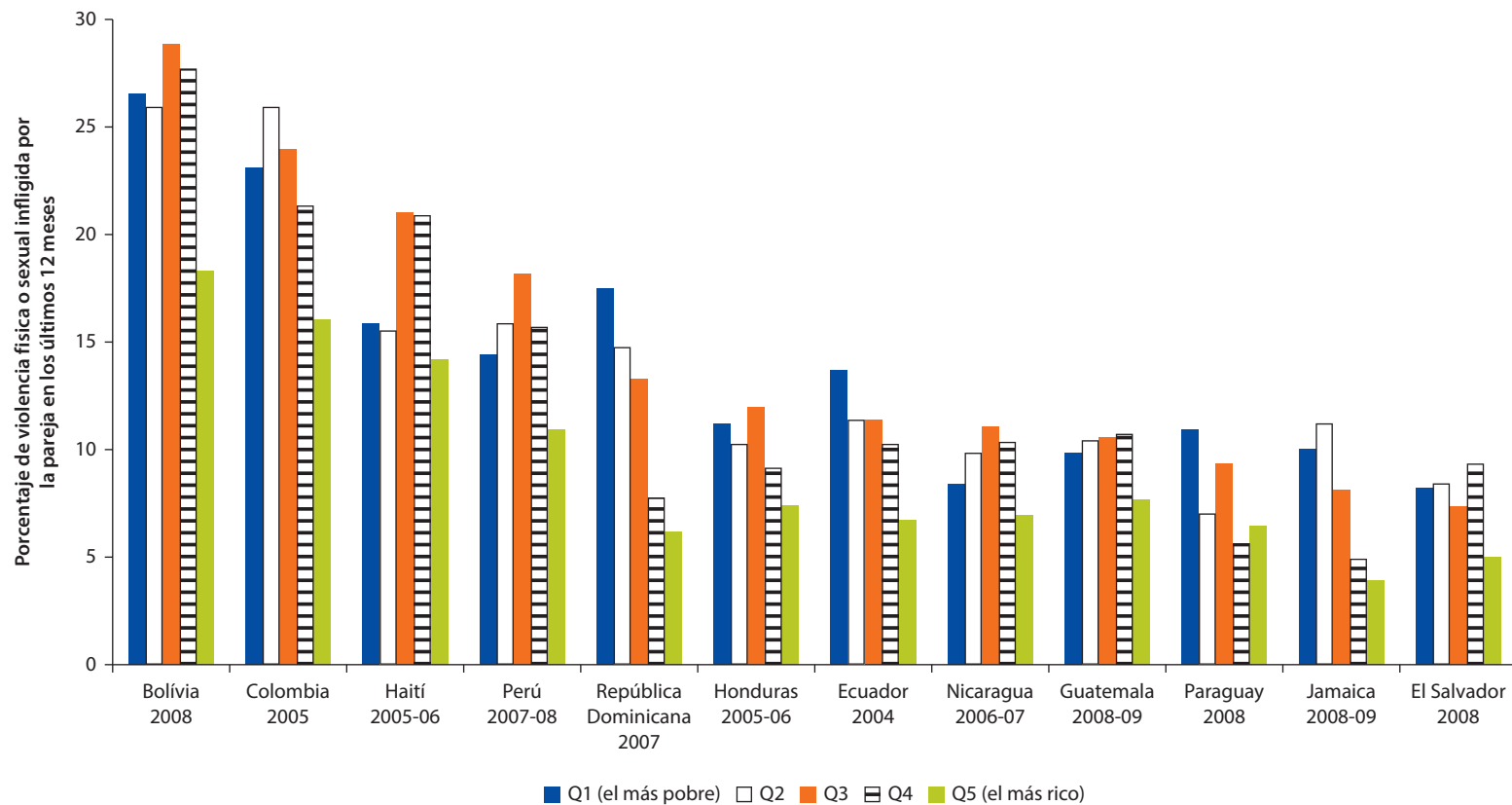
Las encuestas analizadas son instrumentos débiles para dar seguimiento a los resultados de salud y los factores de riesgo asociados con las principales causas de lesiones y mala salud entre los adultos jóvenes (violencia, accidentes de tránsito, uso de alcohol y tabaco). Son excepciones las encuestas de salud reproductiva, que muestran mejoras en el nivel de atención y la utilización equitativa de los servicios. La disparidad más estrecha se observa en los servicios que son menos dependientes del buen funcionamiento de los sistemas de salud.

Los adolescentes y los adultos jóvenes son un grupo vulnerable en la región. De hecho, los varones de 15 a 19 años de edad fue el único grupo para el cual la mortalidad aumentó (en 1 por ciento) entre 1990 y 2010 (OPS, 2012); esto en una región que experimentó un incremento de seis años en la esperanza de vida global durante el mismo período (IHME y Banco Mundial, 2013). Los accidentes y lesiones son la principal causa de mortalidad en el grupo de edad entre 15 y 24 años, representando el 57 por ciento de todas las muertes, en comparación con una tasa menor al 7 por ciento en la población general. Los homicidios representan el 30 por ciento de las muertes entre los adolescentes y adultos jóvenes, seguidos por los accidentes de tránsito (18 por ciento). Las complicaciones relacionadas con el embarazo son la tercera causa más importante de mortalidad entre las mujeres jóvenes (7 por ciento). En esta sección, se analiza la distribución entre los grupos socioeconómicos, de los resultados en salud y los factores de riesgo asociados con las principales causas de mortalidad entre los adultos jóvenes; donde es factible, también se presenta evidencia empírica en relación a los servicios de salud asociados.

Accidentes y lesiones

Violencia. La violencia es un fenómeno generalizado en la región, 42 de las 50 ciudades registran las tasas de homicidio más altas del mundo (Seguridad, Justicia y Paz, 2013). La violencia se concentra en las zonas pobres y marginadas de los centros urbanos y en la porción inferior del gradiente social, definido por el grado de alfabetización en adultos (OPS, 2012). En contraste, la violencia infligida por la pareja afecta a los quintiles de riqueza media, donde las mujeres tienden a tener más oportunidades de educación y empleo fuera del hogar, que los del quintil más bajo (gráfico 4.11); las mujeres que desafían los roles tradicionales de género están expuestas a un mayor riesgo de violencia doméstica (Bott *et al.*, 2012). La prevalencia de violencia infligida por la pareja en los últimos 12 meses es más alta entre las mujeres de 15 a 19 años de edad.

Gráfico 4.11 Gradiente de la prevalencia de violencia infligida por la pareja en los últimos 12 meses, 2009 (o el año más cercano)

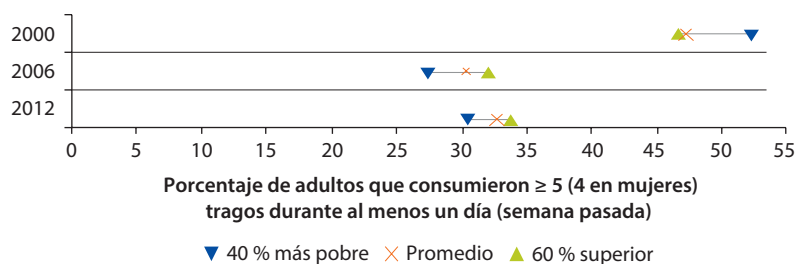


Fuente: Cálculos del Banco Mundial con base en datos de Bott *et al.*, 2012.

Accidentes de tránsito. Las encuestas sobre accidentes de tráfico en las regiones son tan heterogéneas que es difícil hacer comparaciones entre países. Solo las encuestas de México (2006, 2012) y Jamaica preguntan si una lesión se debió a un accidente de tránsito, y el índice de concentración es estadísticamente significativo solo para México (véase el apéndice C) donde tanto los accidentes de tránsito como las lesiones causadas por los mismos se concentran más entre los más acomodados (para accidentes: IC2006 = 0,1546 e IC2012 = 0,1001; lesiones: IC2000 = 0,1246). Los accidentes en Brasil también se correlacionan positivamente con el ingreso (IC2008 = 0,2027). Sin embargo, las tasas de mortalidad ajustadas según la edad muestran que los hombres en el espectro inferior del gradiente de alfabetización tienen un mayor riesgo de morir por accidentes de tránsito (OPS, 2012); una posible explicación, que merece mayor investigación, es que la falta de acceso a atención de emergencia de calidad puede estar contribuyendo a una mayor mortalidad entre los pobres, a pesar que tienen un menor número de accidentes de tráfico y menos lesiones. Para la mayoría de los casos, las encuestas de opinión no preguntan sobre la atención de emergencia.

Factores de riesgo

Consumo de alcohol. Ciertos comportamientos, como el consumo de alcohol, imponen un mayor riesgo de lesión en los jóvenes. Los adolescentes que conducen después de consumir alcohol tienen un mayor riesgo de verse involucrados en un accidente que los adultos de más edad y la mayoría de los accidentes de tránsito relacionados con el alcohol se producen con conductores de 16-24 años de edad (Council on Scientific Affairs, 1986; Mayhew *et al.*, 1986). A nivel mundial, el 9 por ciento de todas las muertes entre los jóvenes entre 15 y 29 años están relacionadas con el alcohol, en comparación con el 4 por ciento entre la población general (OMS, 2011). La falta de normalización hace que sea difícil la comparabilidad entre los países para uno de los principales factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad en la región; ocupa el cuarto lugar en la región en general, pero es la primera causa en la subregión andina y la segunda en América Central (IHME y Banco Mundial, 2013). Las encuestas de hogares revisadas para este estudio son una fuente de información pobre sobre el tema. Existe una amplia variación en la forma como se formulan las preguntas. Por ejemplo, algunas encuestas preguntan si el entrevistado ha “consumido alcohol alguna vez” (Argentina, Costa Rica), si ha “consumido alcohol en los últimos 12 meses” (Costa Rica), si tiene un pariente que “consume alcohol en exceso” (Chile), o cuánto ha “consumido la última vez que bebió” (Guatemala). Sin embargo, otro inconveniente de las encuestas analizadas es que capturan el consumo de alcohol en los adultos de 18 y más años, dejando de lado a los adolescentes más jóvenes que enfrentan el riesgo particular de accidentes y violencia relacionados con el alcohol. La encuesta de México es la única que define, a partir de 2006, un umbral específico de cinco (cuatro, para mujeres) o más tragos regulares en al menos un día durante los últimos 30 días, un patrón de consumo de alcohol que puede generar un nivel de concentración de alcohol en sangre de 0,08 por ciento o más (<http://www.cdc.gov/alcohol/faqs.htm#heavyDrinking>) (gráfico 4.12).

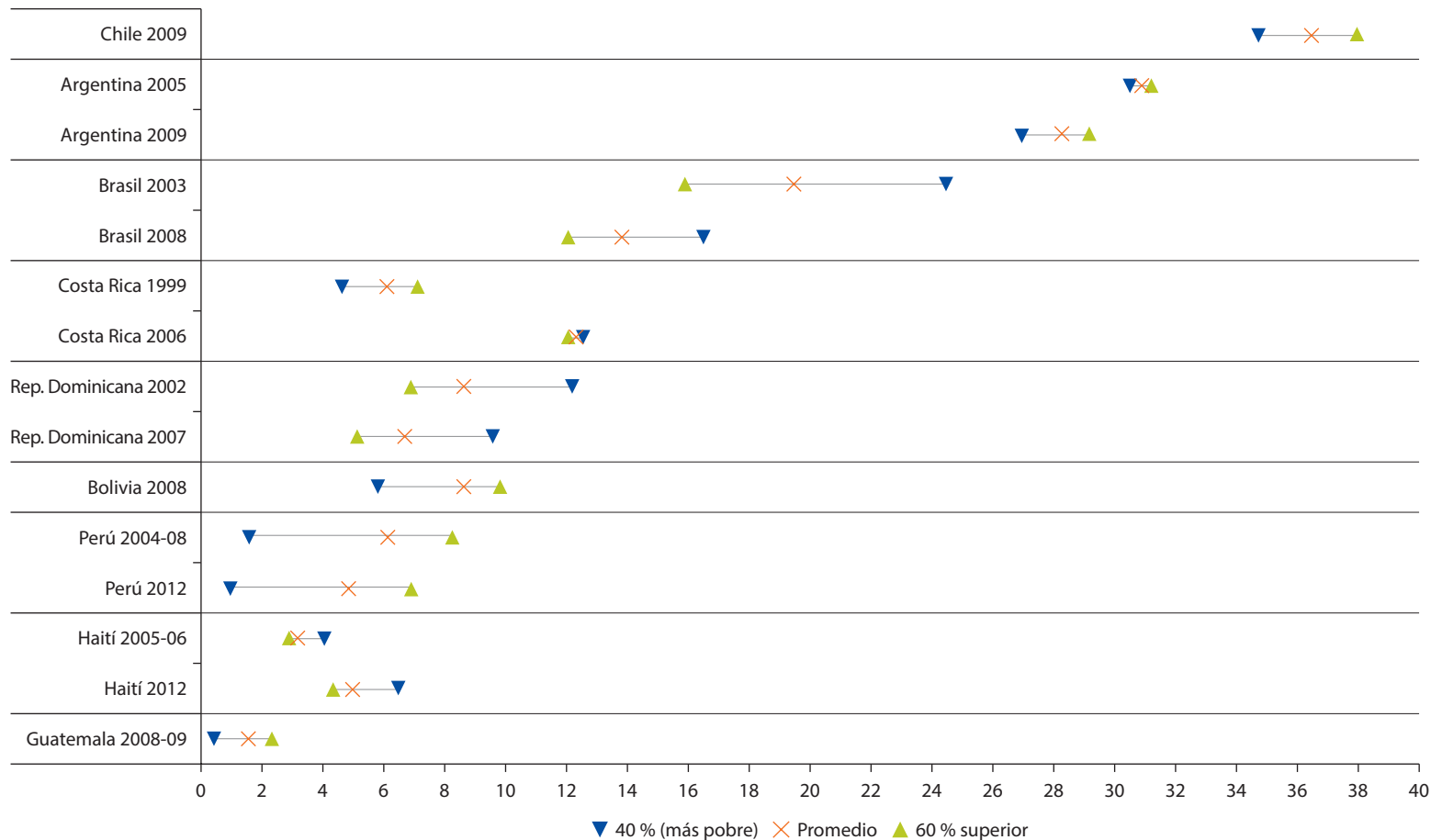
Gráfico 4.12 Consumo de alcohol, México, 2000–2012

Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

Curiosamente, el cambio en la formulación de la pregunta revela que mientras la bebida es más frecuente entre los pobres, el consumo en exceso es propio del sector más pudiente. La cantidad consumida de alcohol no varía mucho para la clase media; el aumento en el consumo entre 2006 y 2012 fue causado por un incremento en el consumo entre el grupo superior y el inferior de la distribución del ingreso.

Consumo de tabaco. Los jóvenes también son más susceptibles a ciertos comportamientos (tabaquismo) que son un factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles en el futuro. El 90 por ciento de los fumadores desarrollan el hábito antes de los 18 años y el 98 por ciento antes de los 26; los que desarrollan el hábito temprano son más propensos a convertirse en fumadores regulares y tienen menor probabilidad de dejar de fumar (Breslau y Peterson, 1996; HHS, 2014). La evidencia es suficiente para inferir una relación causal entre el tabaquismo y una serie de enfermedades no transmisibles, como cáncer de pulmón, cáncer de hígado, cáncer colorrectal, enfermedad pulmonar obstructiva, diabetes y artritis reumatoide (HHS, 2014). Las encuestas que analizamos tienen mejor cobertura del tabaquismo en mujeres que en hombres. El gráfico 4.13 muestra una disminución en el porcentaje de mujeres que son actualmente fumadoras en la región (con la excepción de Haití) aunque en comparación con otras regiones, los países de LAC presentan una tasa alta de fumadoras (Bonilla-Chacín, 2014); las tasas son particularmente elevadas en el Cono Sur. Una tendencia a la baja similar se observa entre los hombres, aunque sus tasas de tabaquismo son más altas. Sin embargo, el análisis de equidad revela una diferencia de género: las mujeres fumadoras tienden a ser adineradas (excepto en Brasil, República Dominicana y Haití) mientras que el tabaquismo es más frecuente entre los hombres pobres.

Ya sean de carácter conductual (consumo de alcohol y tabaco) o de entorno (inseguridad vial y vehículos), los factores de riesgo deben ser abordados con intervenciones que vayan más allá del sector salud. Estas intervenciones contemplan impuestos, legislación, regulación y acceso a una mejor información (Jamison *et al.*, 2013). Varios países de la región han implementado medidas preventivas multisectoriales eficaces, sobre todo para reducir el tabaquismo (Bonilla-Chacín, 2014). Este ha disminuido entre los adultos, de modo que las políticas sí funcionan. Al igual que con el alcoholismo, las intervenciones contra

Gráfico 4.13 Consumo de tabaco entre mujeres de 15 a 49 años: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)

Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, estimaciones del estudio basados en Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—WHS 2003, PNAD 2008; Chile—ENS 2009; Costa Rica—ENSSR 1999, ENSA 2006; Guatemala—ENSMI 2008-09; Haití—DHS 2012; Perú—ENDES 2012.

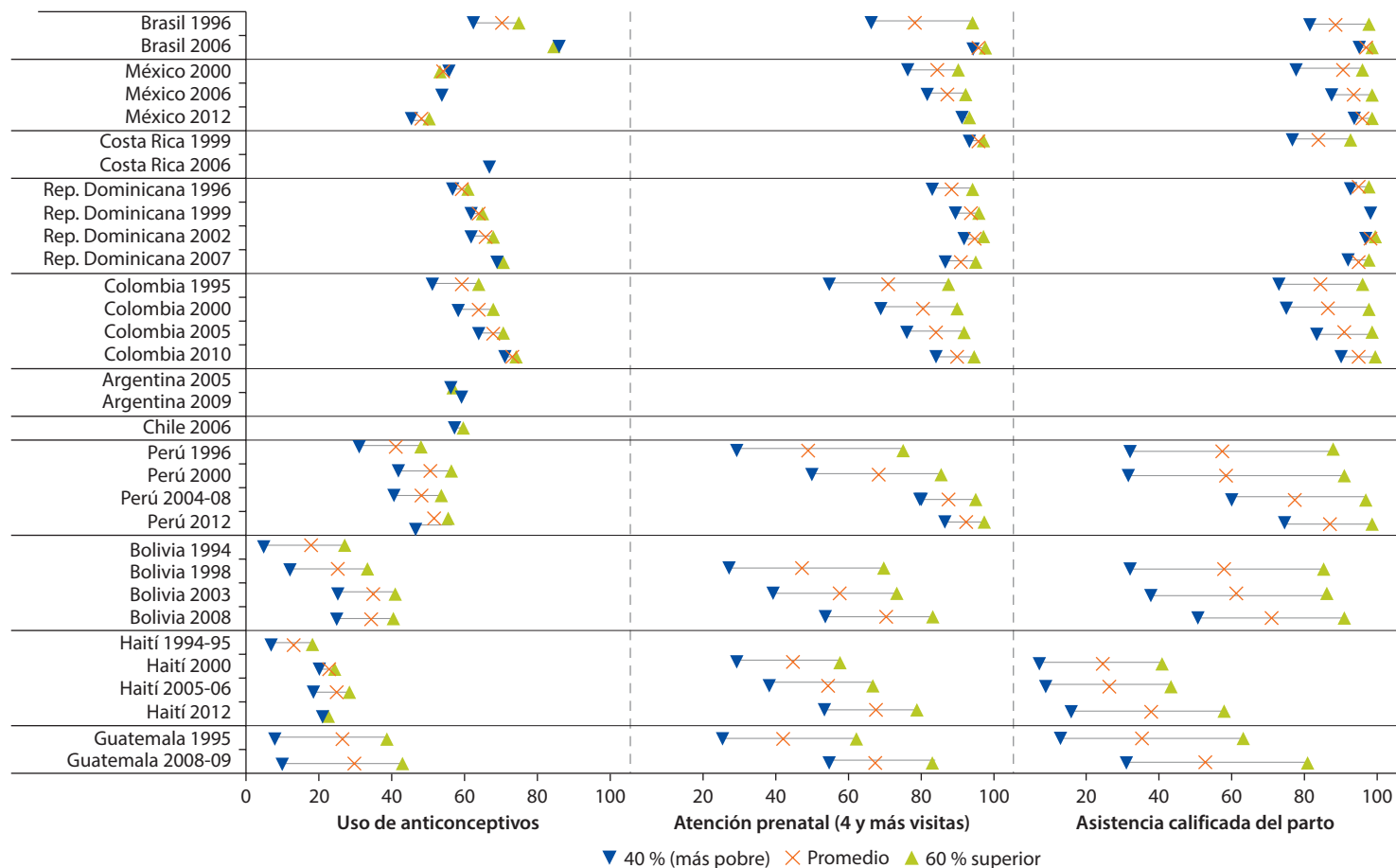
Nota: Se utilizaron quintiles de riqueza para este análisis con excepción de Argentina y Chile (quintiles de ingreso). El grupo etario era de mujeres entre 18 y 49 años para Brasil, Chile y Costa Rica debido al grupo de edad de la muestra de población encuestada.

el tabaquismo deben dirigirse a los jóvenes y adultos jóvenes. Es alarmante, por ejemplo, que el tabaco en el grupo de 13 a 15 años de edad aumentó en Brasil y en seis países caribeños, entre ellos Jamaica, entre 2008 y 2010 (Bonilla-Chacín, 2014). Hay que dar seguimiento a las políticas dirigidas a los jóvenes. Las encuestas analizadas son inadecuadas para dar seguimiento a los resultados en salud y los factores de riesgo entre los jóvenes, ya que, en su mayor parte, las preguntas capturan respuestas solo para adultos de 18 años y más; las encuestas de salud reproductiva, en cambio, cubren las mujeres de 15 a 49 años de edad.

Servicios de salud materna y reproductiva

Como se señaló anteriormente, las complicaciones relacionadas con el embarazo son una de las tres principales causas de mortalidad y la única causa clínica más alta (por ej., excluyendo accidentes y lesiones) entre las mujeres con edades entre 15 y 34 años en todos los países de LAC. Sin embargo, la mortalidad materna es un evento raro, por lo que es difícil evaluar los diferenciales de mortalidad a través del gradiente de riqueza o ingreso elaborado a partir de datos provenientes de encuestas, pues se necesitaría un tamaño de muestra más grande. El análisis de la mortalidad materna por años de escolaridad (una medida utilizada con frecuencia para la desigualdad social que está altamente correlacionada con los ingresos y la pobreza, y para el cual generalmente hay información disponible por medio de los certificados de defunción) revela una fuerte asociación negativa. En 1990, el quintil de población con el nivel más bajo de educación presentó más de la mitad de las muertes maternas en el continente americano. Este porcentaje se redujo al 35 por ciento en 2010, pero todavía es tres veces mayor que el número de muertes en el grupo de las más educadas (OPS, 2012).

Uso de anticonceptivos, atención prenatal y partos. El uso de anticonceptivos, la atención prenatal, y el parto asistido por personal capacitado son consideradas intervenciones rentables para la reducción de la carga de la enfermedad asociada con el embarazo; igualmente estas mejoran los resultados en salud neonatal (Jamison *et al.*, 2006). La región en general ha alcanzado altos niveles de cobertura en estos servicios, aunque Haití, Guatemala y Bolivia -los países más pobres estudiados- se encuentran rezagados con respecto a sus vecinos con más recursos (gráfico 4.14). A pesar de que todavía son más sesgados en favor de las personas con mejores condiciones económicas, los servicios de salud reproductiva son cada vez más equitativos. Colombia y Perú han obtenido los mayores avances, sobre todo en servicios de salud materna. Cabe destacar que las mujeres en el extremo superior de la distribución del ingreso ya habían alcanzado altos niveles de cobertura; el aumento de los promedios nacionales se logró mediante la ampliación de la cobertura entre el 40 por ciento más pobre de la población. También es importante señalar que las disparidades son mayores para los partos (un servicio hospitalario) que para la atención prenatal, que por lo general se ofrece en un régimen de consulta externa. A su vez, existen mayores desigualdades en el uso de la atención prenatal que en el uso de anticonceptivos, donde las diferencias entre los subgrupos de población son pequeños. En resumen, se han

Gráfico 4.14 Servicios de salud materna y reproductiva: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)

Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012) para la atención especializada prenatal y del parto. Estimaciones del estudio para la tasa de uso de anticonceptivos y todas las variables para Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNDS 2006; Chile—ENCAVI 2006; Costa Rica—ENSSR 1999, ENSA 2006; Guatemala—ENSMI 2008-09; Haití—DHS 2012; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—DHS 2012.

Nota: Se utilizaron quintiles de riqueza para este análisis con excepción de Argentina, Chile y México (quintiles de ingreso).

logrado niveles de equidad mayores para los servicios que no dependen tanto de un sistema de salud que funcione bien.

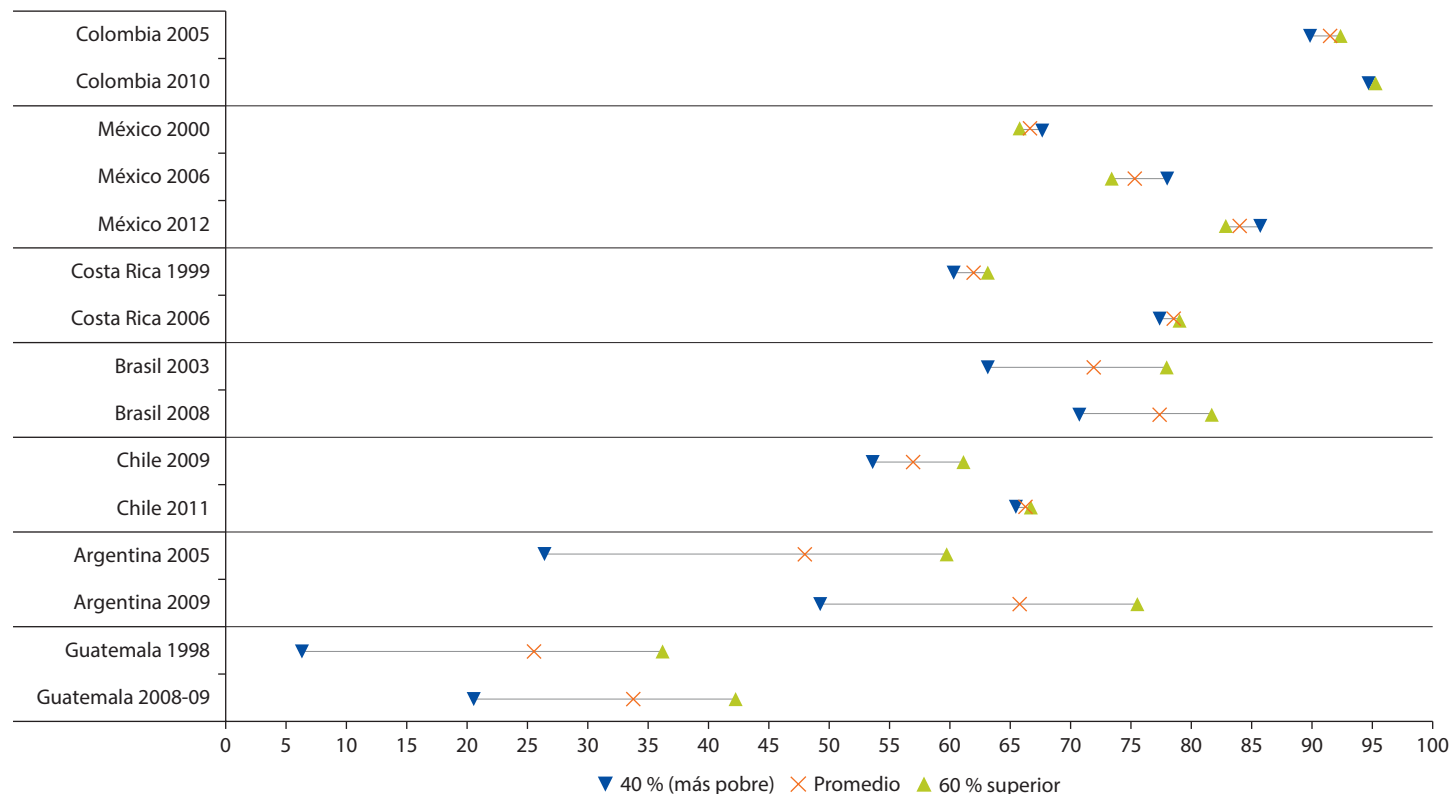
Detección del cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino es la principal causa de mortalidad en mujeres de 15 años y más. Mató a 29 100 mujeres en América Latina y el Caribe en 2010, de las cuales un tercio tenía entre 15 y 49 años (Forouzanfar *et al.*, 2011). Afortunadamente, tanto la probabilidad de muerte por cáncer de cuello uterino como su incidencia han ido disminuyendo desde 1980; sin embargo, Paraguay, Bolivia y Nicaragua siguen reportando una alta incidencia. Las pruebas regulares de Papanicolaou ayudan a identificar las lesiones precancerosas de cuello uterino permitiendo su tratamiento para prevenir el cáncer de cuello uterino y la etapa temprana, asintomática e invasiva de dicha enfermedad (USPSTF, 2012). En todos los países estudiados hay directrices para la detección del cáncer de cuello uterino. Las mismas varían según la edad y la frecuencia, pero en la mayoría de los países la recomendación es que las mujeres de entre 25 y 64 años se sometan a la prueba citológica de Papanicolaou cada tres años. Los niveles promedios de detección del cáncer de cuello uterino se han incrementado en los ocho países (no hay datos disponibles para Jamaica) (gráfico 4.15). El uso de citología tiene un diferencial a favor de los pobres en México, y en los demás países, a favor de los más ricos en diversos grados. México también tiene el mayor nivel en el promedio total nacional y ha obtenido los mayores logros, aunque todos los países están cerrando la brecha entre ricos y pobres en la detección del cáncer de cuello uterino. México y Costa Rica, que tienen altas tasas de cobertura y poca desigualdad, son junto con Chile, precisamente, los países que han experimentado los descensos más drásticos en la mortalidad por cáncer de cuello uterino entre 1980 y 2010. Sin embargo, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que las cifras de México se han ajustado para tener en cuenta un período de muestreo más corto en relación con otros países, y las cifras de Colombia y Guatemala son para un grupo etario más joven.

De la edad mediana a la tercera edad

El aumento de la cobertura de los servicios de salud ha coincidido con un acceso mayor y más equitativo a estos entre los adultos, aunque persisten desigualdades socioeconómicas importantes en la mayoría de los servicios de casi todos los países. Un hecho preocupante es que los niveles promedios de ENT y sus factores de riesgo muestran un crecimiento constante a lo largo del tiempo y en todos los países, lo cual brinda a los sistemas de salud la oportunidad de concentrar esfuerzos y recursos hacia el diagnóstico y tratamiento oportuno de las ENT y sus factores de riesgo, y de impulsar campañas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Los indicadores presentados en esta sección miden las condiciones de salud más frecuentes en adultos de mediana edad y ancianos. Los indicadores de resultados en salud para estos grupos etarios son la salud autoevaluada (SAH), artritis, asma, diabetes y enfermedades cardíacas, los mismos que sus factores de riesgo como hipertensión y obesidad. Los indicadores de utilización de los servicios

Gráfico 4.15 Detección del cáncer de cuello uterino: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNAD 2003 y 2008; Chile—ENS 2009, CASEN 2011; Costa Rica—ENSSR 1999, ENSA 2006; Colombia—ENDS 2005 y 2010; Guatemala—ENSMI 1998 y 2008-09; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

Nota: Porcentaje de mujeres entre 18 y 69 años que se hicieron una prueba de papanicolaou en los últimos tres años, a menos que lo restrinja el grupo etario de la muestra de población encuestada. Brasil (25-69); México (20-69); Colombia, Costa Rica, y Guatemala (18-49).

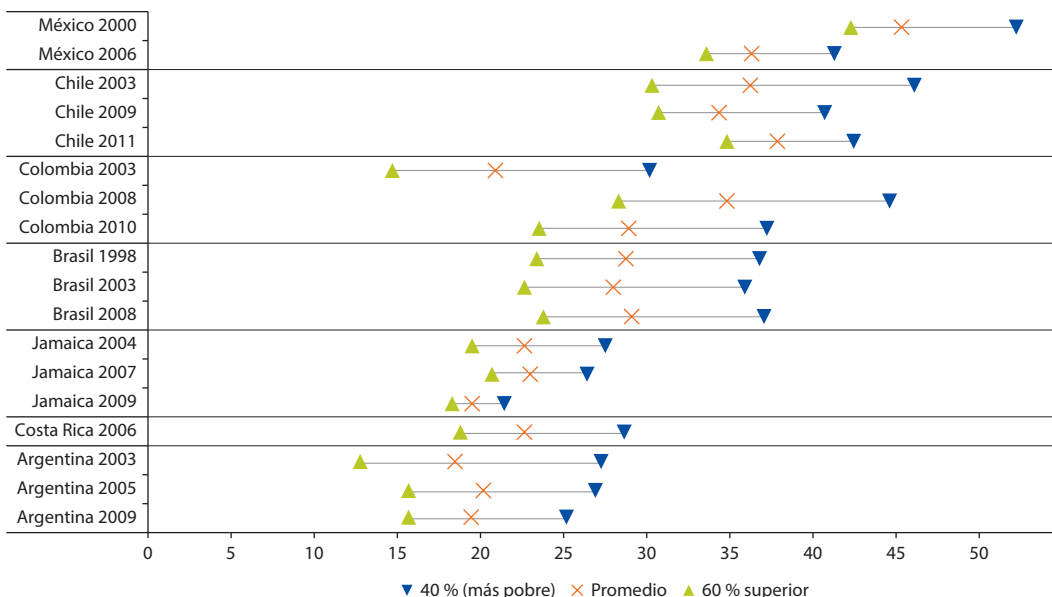
incluyen mamografía y servicios hospitalarios, ambulatorios curativos y preventivos. Las encuestas utilizadas en el análisis en el marco de este estudio son heterogéneas para todos los grupos etarios en todos los países; por lo tanto, solo los individuos de 18 años y más fueron incluidos en el análisis de indicadores para la edad mediana y avanzada. No se cuenta con datos sobre indicadores específicos para las personas mayores, lo cual es una limitación dado el perfil demográfico de envejecimiento de la región. Además, aparte de la detección del cáncer de mama, los indicadores de utilización de servicios en salud que podemos medir usando los datos de las encuestas de hogares disponibles, podrían no tener un vínculo con una condición específica de salud. En este sentido, se pierde la relación lógica entre los servicios y los resultados que hemos sido capaces de establecer con los indicadores de las primeras etapas del curso de vida.

Las mediciones de salud, por supuesto, van más allá de la esperanza de vida y la mortalidad. También abarcan otras dimensiones cruciales como la morbilidad (enfermedad/lesión), las limitaciones funcionales/físicas y la situación/percepción de la SAH, entre otros. La SAH es un buen mecanismo de predicción de otros resultados en salud y de la mortalidad (Ider y Benyamini, 1997; Mossey y Shapiro, 1982); es una medida útil de la salud, de las desigualdades dentro de los países (Lora, 2012) y una variable cuantificadora muy utilizada de las necesidades de salud en estudios de equidad (Almeida y Sarti, 2013; O'Donnell y Wagstaff, 2008; van Doorslaer y Masseria, 2004; Wagstaff y van Doorslaer, 2000). Sin embargo, la SAH es subjetiva. También tiene un vínculo débil con las condiciones de salud autorreportadas, probablemente debido a las diferencias de valores y expectativas relativas a la salud entre las culturas, lo que dificulta la comparabilidad entre países, especialmente en América Latina (Lora, 2012).

Se analizó el mal estado de SAH para Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Jamaica y México. Se pidió a los encuestados que calificaran su estado de salud usando una respuesta dentro de la escala Likert (muy malo, malo, regular, bueno o muy bueno). Se analizó a los que valoraron su estado de salud dentro de una condición que no fuera “buena”, o sea que tenían una situación de SAH “menos que buena”. Los niveles promedio de esta variable indican que, para el último año reportado, un 20 por ciento de la población de Argentina y Jamaica, un 30 por ciento de Brasil, un 25 por ciento de Colombia, y un 36 por ciento de México reportan una salud menos que buena.

Esperamos que el nivel promedio de SAH “menos que buena” disminuya gradualmente en la región a través del tiempo. Cuando los datos de referencia se comparan con los últimos datos disponibles (gráfico 4.16), Argentina, Brasil y Colombia muestran un ligero aumento en el nivel promedio de SAH menos que buena, entre los que reportaron un empeoramiento del estado de salud. Esta situación es contraria para Jamaica y México. La distribución por quintiles de esta variable muestra una brecha enorme y persistente entre el estado de SAH reportado por los ricos y el estado de SAH reportado por los pobres; los que están en los quintiles superiores informan considerablemente menos problemas de salud que los del quintil más pobre, en todos los países y todos los años.

Gráfico 4.16 Estado de SAH “menos que bueno”: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Estimados del estudio basados en Argentina—EUGSS 2003, ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNAD 1998, 2003 y 2008; Chile—CASEN 2003, 2009 y 2011; Colombia—ECV 2003, 2008 y 2010; Costa Rica—ENSA 2006; Jamaica—JSLC 2004, 2007 y 2009; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006.

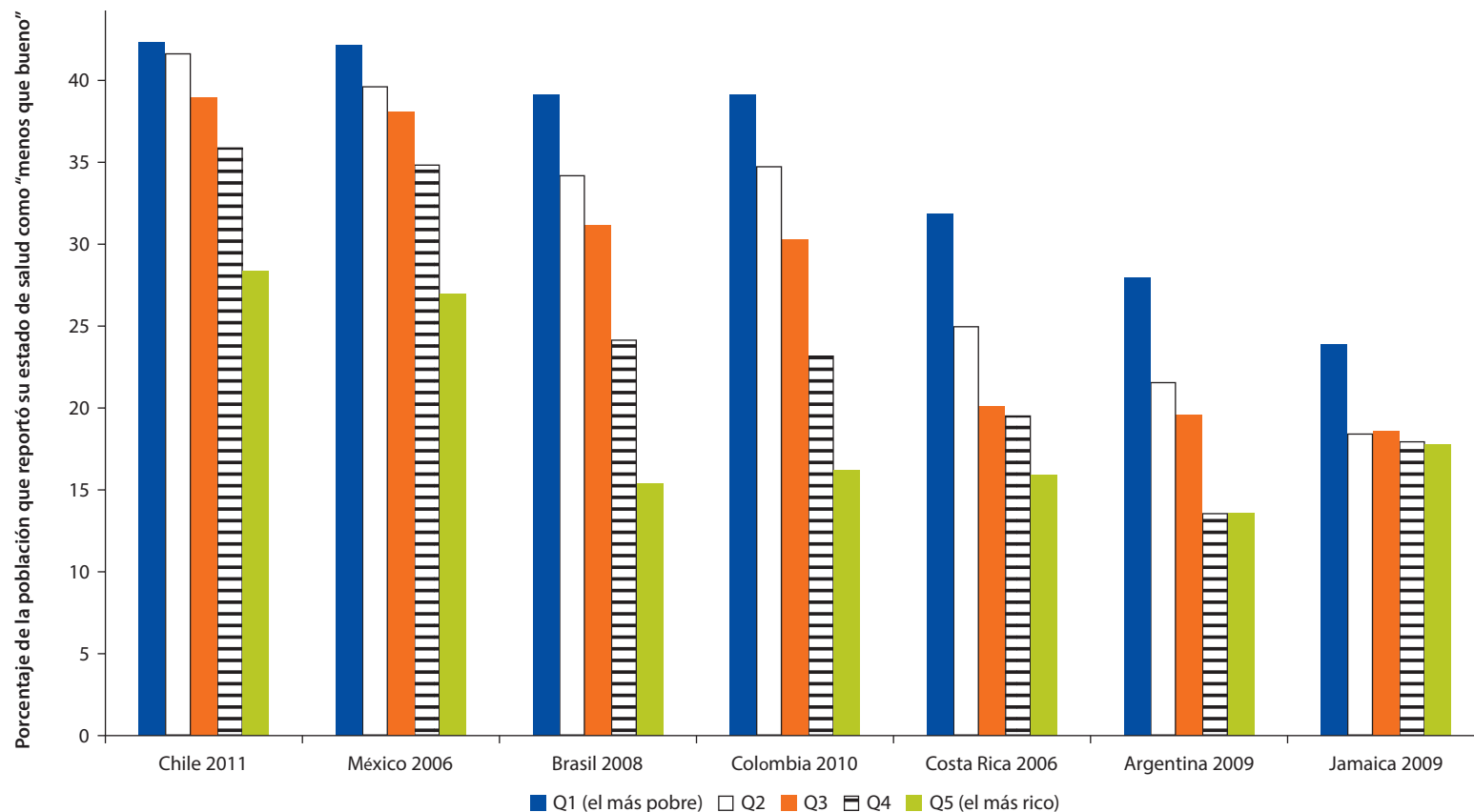
El gráfico 4.17 muestra un gradiente social claro en la SAH “menos que buena” para todos los quintiles.

En términos de desigualdad de la SAH en toda la distribución, esta variable se distribuye de manera desproporcionada entre los pobres de todos los países, donde las personas más pobres informan sobre un estado de salud peor que los ricos (los índices de concentración, o IC, se presentan en el apéndice C). Con el tiempo, esta variable es cada vez más favorable a los pobres y más desigual en Argentina y Brasil, pero menos favorable a los pobres o cerrando la brecha en Chile, Colombia y Jamaica. México no muestra ningún cambio en el tiempo para esta variable. Los resultados son los mismos, sea que midamos la cantidad o el porcentaje de respuestas SAH, aunque la medida absoluta muestra menor desigualdad para todos los países. Todos los resultados son estadísticamente significativos.

Condiciones crónicas

Se ha experimentado un avance considerable en cuanto a la mortalidad y morbilidad en América Latina desde principios de siglo, cuando las enfermedades transmisibles estaban entre las principales causas de muerte. Hoy en día, aproximadamente 48 por ciento de la población del continente americano muere de 10 causas principales: enfermedades isquémicas del corazón (9,21 por ciento), enfermedades cerebrovasculares (7,70 por ciento), diabetes mellitus

Gráfico 4.17 Gradiente en el estado de SAH “menos que bueno” de 2010 (o el año más cercano)



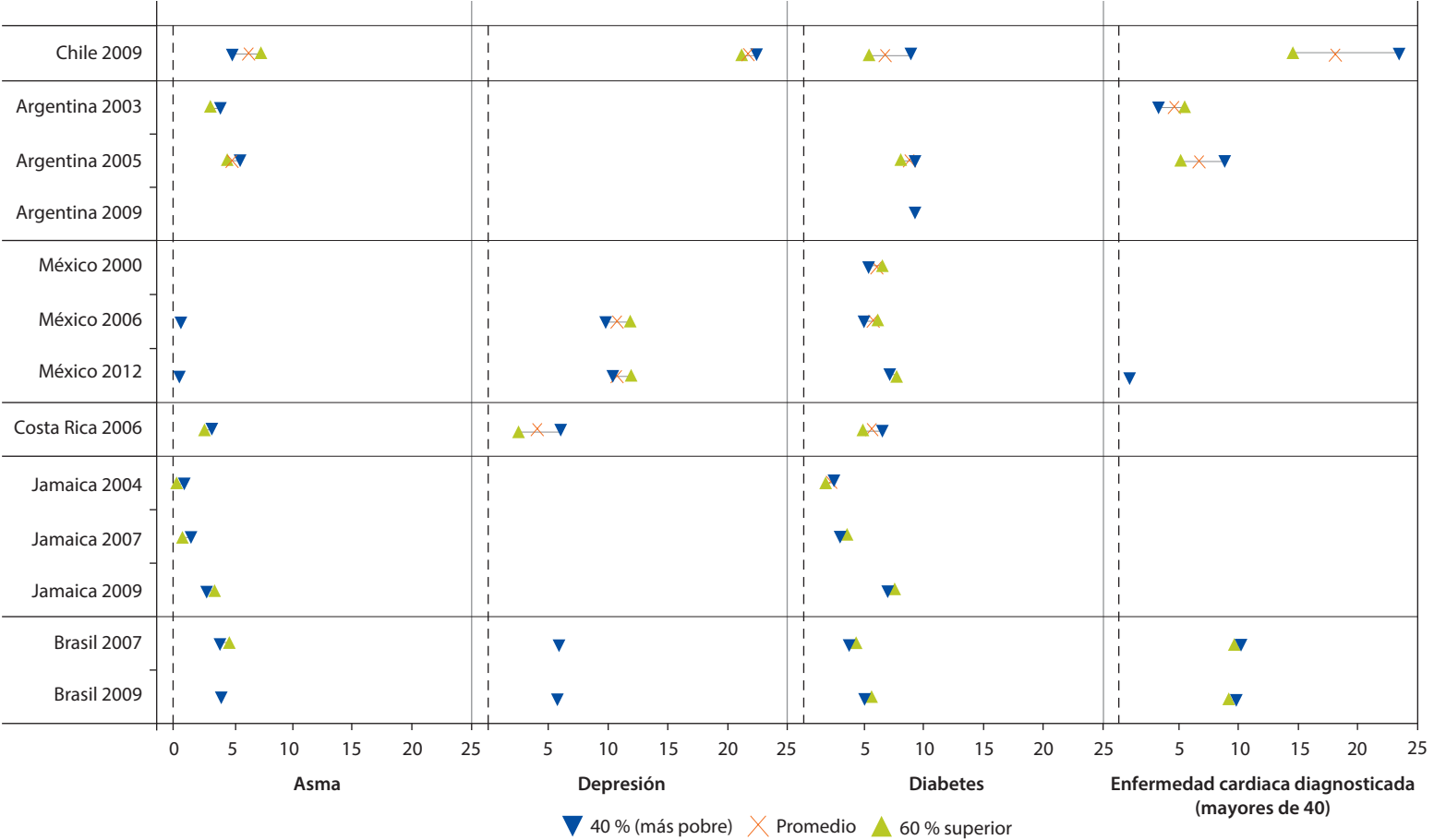
Fuente: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENFR 2009; Brasil—PNAD 2008; Chile—CASEN 2011; Colombia—ENDS 2010; Costa Rica—ENSA 2006; Guatemala—ENSMI 1998 y 2008-09; Jamaica—JSLC 2009; México—ENSANUT 2006.

(6,54 por ciento), influenza y neumonía (4,54 por ciento), insuficiencia cardíaca (3,56 por ciento), enfermedades hipertensivas (3,45 por ciento), agresiones resultantes en homicidios (3,45 por ciento), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (3,30 por ciento), cirrosis y otras enfermedades del hígado (3,06 por ciento), y accidentes en vehículos motorizados (3,02 por ciento). Siete de las 10 causas principales de muerte pertenecen al grupo de las enfermedades crónicas. Los datos sobre morbilidad combinados con los datos sobre mortalidad y sus causas proporcionan información crítica para los tomadores de decisiones sobre dónde dirigir los servicios de salud y cómo hacer que los sistemas de salud sean más eficaces, e incrementen las probabilidades de reducción de muertes innecesarias (OPS, 2012).

En este estudio, la distribución de las enfermedades crónicas ha sido evaluada para diagnósticos médicos reportados de asma, depresión, diabetes y enfermedades cardíacas. A través de la información analizada, capturamos lo que denominamos una “pseudoprevalencia” de las ENT. Las preguntas en las encuestas (que usualmente se formulan: “¿Alguna vez [un médico o profesional de la salud] le ha diagnosticado alguna de estas enfermedades?”) no incluyen el tratamiento de estas enfermedades. En general, las preguntas incluidas en las encuestas no capturan adecuadamente la información de los que, teniendo la enfermedad, no fueron diagnosticados por un profesional o no tuvieron acceso a las atenciones de salud. Se esperaría que campañas efectivas de promoción de la salud y mejores servicios de salud para las enfermedades crónicas reduzcan la tasa de prevalencia para todas las condiciones informadas. Sin embargo, los promedios de las cinco condiciones crónicas han aumentado con el tiempo en la mayoría de los países. Estos resultados tienen implicaciones importantes para los servicios de salud en cuanto a las acciones preventivas y el acceso a la atención médica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Un objetivo importante para los sistemas de salud es aprovechar la promoción de la salud y las iniciativas para prevenir las enfermedades crónicas, las cuales son características esenciales de la CUS. Lo ideal sería disponer de encuestas con biomarcadores para las principales enfermedades crónicas, lo que permitiría distinguir las variaciones en la prevalencia real de los cambios en el acceso al diagnóstico.

Los países para los que se han analizado los datos de las cuatro ENT son Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Jamaica y México. A diferencia del estado de SAH “menos que bueno” analizado anteriormente, las encuestas sobre ENT no muestran un gradiente socioeconómico claro en los diferentes países (gráfico 4.18). Estos resultados son similares a los hallazgos para Colombia, donde las diferencias socioeconómicas medidas a partir del nivel educativo, en cuanto al tratamiento de la diabetes y la hipertensión, y la medición de los factores de riesgo para las ENT (presión arterial sistólica, glucemia en ayunas, índice de masa corporal (IMC) y colesterol total) no muestran ningún gradiente socioeconómico claro para la mayoría de las mediciones (Di Cesare *et al.*, 2013). Es interesante que en las pocas excepciones del gráfico 4.18 donde sí existe un gradiente constante —como es el caso de Chile y Costa Rica, clasificados entre los países con mejores resultados (Jamison *et al.*, 2013)—, la pseudoprevalencia

Gráfico 4.18 Asma, depresión, diabetes y enfermedades cardíacas diagnosticadas: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)



Fuente: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—EUGSS 2003, ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNAD 2003 y 2008; Chile—2009; Costa Rica—ENSA 2006; Jamaica—JSLC 2004, 2007 y 2009; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

sea favorable a los pobres; una explicación plausible es que, una vez que se levantan las barreras al acceso, se revelan las disparidades en la prevalencia verdadera de las ENT.

Asma. Según los estudios, la prevalencia del asma en América Latina es tan alta como en el promedio de los países en vía de desarrollo (a pesar de los ingresos más altos de la región). El asma también ha ido en aumento con el tiempo (Pearce *et al.*, 2007) y está altamente asociada con bajos ingresos y malas condiciones de vida (Cooper *et al.*, 2009; Costa *et al.*, 2013). Además, el diagnóstico y control del asma continúa ausente para muchos pacientes en la región, y los niveles actuales de atención están por debajo de las directrices internacionales (Neffen *et al.*, 2005). Las tendencias actuales en la prevalencia del asma representan un reto para los sistemas de salud, por su aporte a los altos niveles de hospitalización evitable. Esto ofrece una oportunidad para que las políticas públicas aborden la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y los determinantes sociales de la salud que contribuyen en gran medida con los factores de riesgo. Chile tiene la tasa promedio más alta de asma diagnosticada entre los seis países que presentaron informes al respecto. Los niveles promedio de asma han aumentado con el tiempo en Argentina y Jamaica, mientras que Brasil y México reportan reducciones leves.

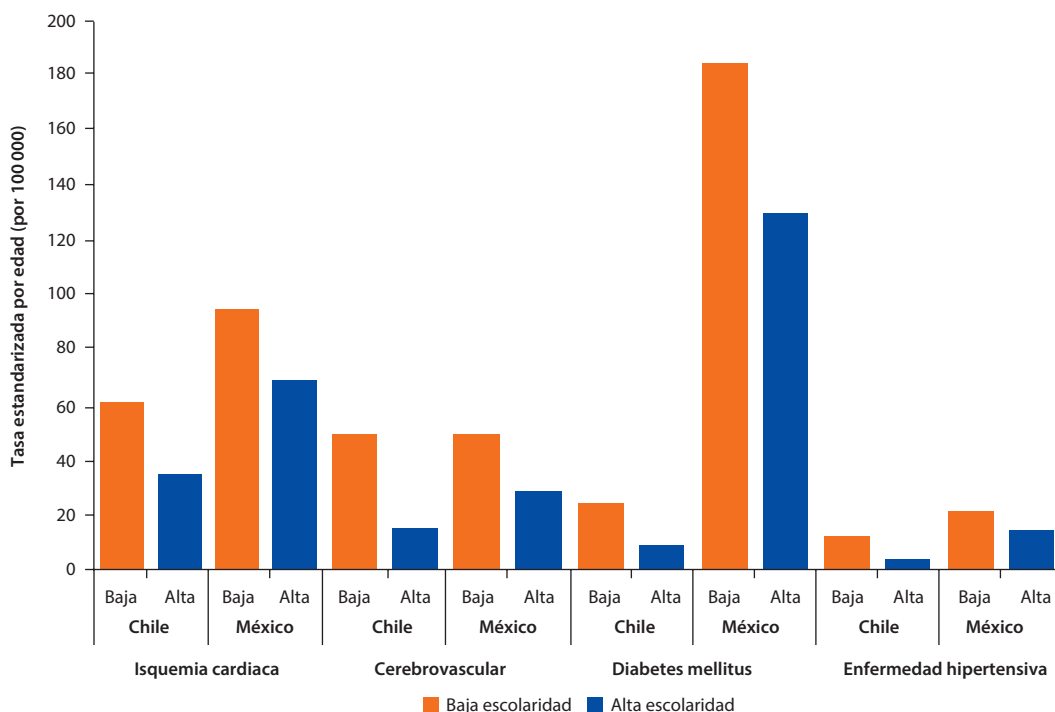
Depresión. La depresión es la principal causa de discapacidad y el trastorno mental más común en el mundo (Marcus *et al.*, 2012). Afecta a un 5 por ciento de la población adulta en LAC y es más frecuente entre las mujeres que entre los hombres. A pesar de su potencial para un buen pronóstico, entre un 60 y un 65 por ciento de las personas con depresión no recibe atención médica, lo que los empuja hacia un mayor riesgo de suicidio. Aproximadamente 63 000 personas del continente americano se quitan la vida cada año a causa de la depresión. Las barreras para el acceso a la atención son la falta de profesionales de la salud calificados, la ausencia de servicios de diagnóstico y tratamiento temprano, el estigma social asociado a los trastornos mentales, y la falta de financiamiento apropiado para los servicios de salud mental. En LAC, la salud mental recibe menos del 2 por ciento del presupuesto de salud (OPS, 2012). La depresión puede devastar al individuo y afectar negativamente tanto a la familia como a la comunidad; por lo tanto, es importante brindar cobertura para los servicios de diagnóstico temprano y tratamiento de la depresión y demás trastornos mentales. La eliminación de las barreras para el acceso a los servicios de salud mental es un objetivo importante para las políticas y las mejoras en los sistemas de salud. Nuestros datos muestran que Chile presenta los más altos niveles de depresión diagnosticada entre los cuatro países que informan sobre este trastorno, con tasas dos veces mayores que la de México y tres veces mayores que la de Brasil. Con el tiempo, Brasil ha mostrado un ligero descenso, y México un ligero aumento en las tasas medias de depresión diagnosticada en la población. No hay brecha entre ricos y pobres en Brasil. En México, los ricos reportan más depresión que los pobres, mientras que en otros lugares se observa lo contrario.

Diabetes. La diabetes es la principal causa de discapacidad y la tercera causa principal de muerte en el continente americano, representando el 6,54 por ciento de todos los fallecimientos. En 2011, el número de personas con diabetes en América Latina y el Caribe se estimó en 25 millones, lo que contribuye a una de las tasas más altas de diabetes en el mundo. Aproximadamente el 44 por ciento de las personas con diabetes no saben que la padecen, lo que contribuye a niveles más altos de complicaciones crónicas y mortalidad prematura (OPS, 2012). Los datos disponibles sobre diabetes diagnosticada muestran que Argentina tiene la tasa más alta (9,6 por ciento), seguida por México (9 por ciento), Jamaica (7,2 por ciento), Chile (6,8 por ciento), Costa Rica (5,5 por ciento) y Brasil (5 por ciento). Todos los países con datos para dos o más años muestran un aumento en el tiempo de los niveles promedio de diabetes, especialmente Jamaica con un aumento de 4 puntos porcentuales en cinco años. Al igual que otras enfermedades crónicas, la distribución por quintiles de la diabetes diagnosticada no tiene un gradiente socioeconómico bien definido. Estos resultados deben ser interpretados con cautela debido a que los IC no son estadísticamente significativos para la mayoría de países y años en estudio (véase el apéndice C).

Cardiopatía isquémica. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte, tanto para hombres como mujeres, en la región de LAC, representando 9,21 por ciento del total de fallecimientos. Las muertes innecesarias como resultado de condiciones cardíacas, sobre todo por cardiopatías isquémicas, se pueden evitar a través de acciones preventivas (OPS, 2012). El gráfico 4.18 muestra que aproximadamente al 6,5 por ciento de la población en la Argentina se le ha diagnosticado una enfermedad cardíaca, en comparación con 7,5 por ciento en México, 9,5 por ciento en Brasil y 18 por ciento en Chile. Con el tiempo, los niveles promedio de enfermedad cardíaca diagnosticada han sido constantes en Brasil, y se incrementaron un punto porcentual en México y dos en Argentina. La distribución por quintil de las enfermedades cardíacas diagnosticadas no muestra un gradiente socioeconómico claro con excepción de Argentina y Chile. Los patrones de desigualdad para las enfermedades cardíacas en los cuatro países estudiados son divergentes. Los datos de Brasil y México muestran pocos cambios en el tiempo, y los índices de concentración son muy cercanos a cero, lo que indica poca desigualdad en la distribución de las enfermedades cardíacas entre la población. En 2003, Argentina mostraba un índice de concentración altamente favorable a los ricos, tendencia de desigualdad que se ve revertida en 2005, aunque no es estadísticamente significativa.

Hay evidencia consistente en la literatura, principalmente de los países desarrollados, que sugiere que los pobres y los que tienen poca educación formal o pertenecen a grupos marginados y desfavorecidos tienen un mayor riesgo de morir por ENT cuando se les compara con otros grupos (Di Cesare *et al.*, 2013). La evidencia de Chile y México corrobora estos hallazgos (gráfico 4.19). Sin embargo, los resultados de las cuatro ENT estudiadas sugieren que los que pertenecen a los grupos socioeconómicos más pobres tienen tasas de ENT

Gráfico 4.19 Tasas de mortalidad para las principales causas de muerte, por nivel educativo, Chile y México, 2010 (o el año más cercano)



Fuente: Análisis de Registro de Estadísticas Vitales por T. Dmytraczenko, F. Marinho, L. Alencar, y G. Almeida. Chile-2009; México-2010.

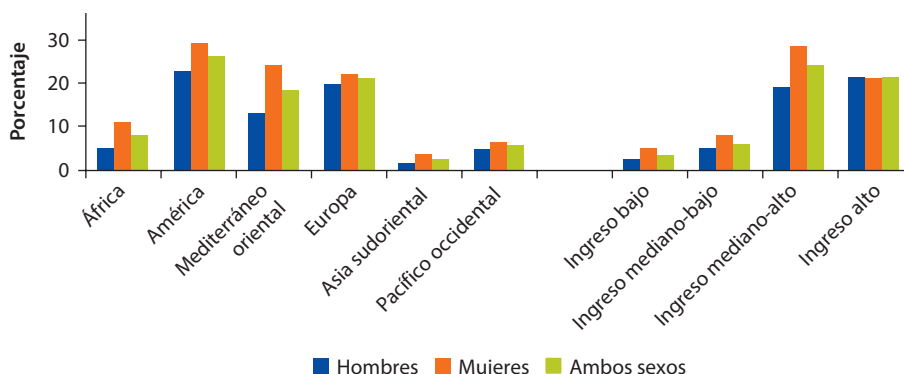
Nota: Nivel educativo: México: bajo = ninguna escolaridad, alto = primaria y superior; Chile: bajo = secundaria e inferior, alto = terciaria y superior.

similares a los de los grupos socioeconómicos más altos, aunque reportan peores estados de salud y una mayor mortalidad como resultados de estas enfermedades. Tal como se discute en la siguiente sección, la falta de acceso a servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento de las ENT entre los pobres puede contribuir a las diferencias en la prevalencia reportada. Entender los obstáculos que los pobres enfrentan para el diagnóstico temprano y el tratamiento de las ENT permitirá a los tomadores de decisión diseñar políticas y servicios para mejorar el acceso de los mismos.

Factores de riesgo

La mayoría de las ENT están asociadas con comportamientos prevenibles, como el consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable y el uso nocivo del alcohol, los cuales conducen a factores de riesgo como la presión arterial elevada, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el principal factor de riesgo de las ENT es la presión arterial alta o hipertensión (a la que se atribuye el 13 por ciento de las muertes en el mundo) seguida por el consumo de tabaco (9 por ciento), altos niveles de glucosa en la sangre (6 por ciento), inactividad física (6 por ciento) y sobrepeso/obesidad (5 por ciento). La enfermedad cardíaca, el accidente cerebrovascular

Gráfico 4.20 Prevalencia de obesidad en adultos de 20 años y más, por región de la OMS y grupos de ingreso del Banco Mundial: Estimaciones estandarizadas por edad, 2008



Fuente: OMS 2011.

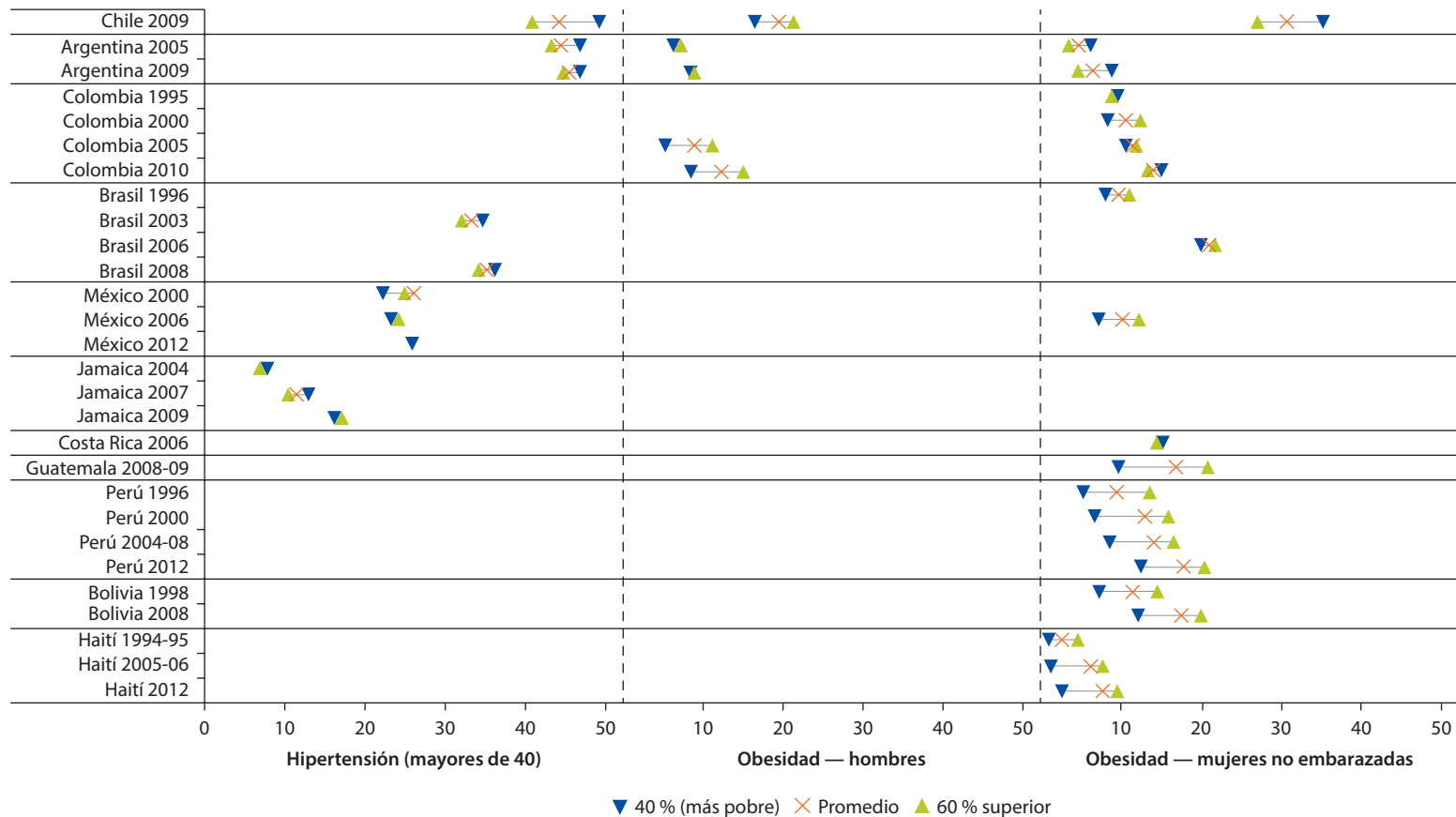
Nota: La obesidad se define como el índice de masa corporal ≥ 30 kg/m².

isquémico, y la diabetes mellitus tipo 2 están asociadas con la obesidad, e igualmente, con la mortalidad por estas causas.

Obesidad. Según el gráfico 4.20, el continente americano cuenta con el nivel más alto de obesidad entre los adultos (26 por ciento) en comparación con todas las demás regiones de la OMS. Esta tasa es mayor entre las mujeres (29 por ciento) que entre los hombres (23 por ciento) (OMS, 2011). Varios países de LAC han implementado intervenciones multisectoriales basadas en la población para promover estilos de vida saludables. En Argentina, se han firmado acuerdos con la industria alimentaria imponiendo regulaciones para controlar el sodio y las grasas trans en los alimentos procesados, mientras que en la ciudad de Bogotá se han construido gimnasios al aire libre y senderos para bicicletas con el fin de promover la actividad física (Bonilla-Chacín, 2014). Se sabe que los programas dirigidos a toda la población son eficaces (Torres *et al.*, 2013). Pero también pueden ser necesarios programas para grupos de edades específicos para enfrentar las consecuencias crónicas de trastornos como la obesidad. Por ejemplo, la evidencia sugiere que los niños con sobrepeso a la edad de cinco años son más susceptibles de convertirse en obesos más tarde en el curso de su vida, lo que sugiere la importancia de las intervenciones de salud pública para los niños pequeños (Cunningham, Kramer, y Narayan, 2014).

El gráfico 4.21 muestra que las tasas promedio de obesidad son similares para hombres y mujeres en Argentina y Colombia; en Chile es sustancialmente mayor para las mujeres que para los hombres. Chile reporta altos índices de obesidad entre hombres y mujeres, mientras que Haití cuenta con las tasas más bajas de obesidad de LAC. Un patrón interesante y problemático es que para todos los países con datos históricos la tasa media de obesidad para hombres y mujeres se ha incrementado con el tiempo. Brasil tiene los índices más altos de incremento de la obesidad entre las mujeres: del 10 por ciento en 1996 al

Gráfico 4.21 Hipertensión diagnosticada y obesidad: Promedio y distribución por quintiles, 1995–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012), salvo estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNDS 2006, PNAD 2003 y 2008; Chile—ENS 2009; Costa Rica—ENSA 2006; Guatemala—ENSMI 1998 y 2008–09; Jamaica—JSLC 2004, 2007 y 2009; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

21 por ciento en 2006. Con excepción de Argentina, Chile y Colombia, en 2010 las mujeres en el 40 por ciento inferior tienen menos probabilidades de ser obesas que las de los demás grupos. La mayoría de los países reporta una menor desigualdad en el tiempo. Igualmente, las disparidades entre pobres y ricos, y entre hombres y mujeres están disminuyendo en términos relativos y absolutos en todos los países. Excepciones: la desigualdad absoluta para la obesidad se mantuvo constante entre los hombres en Argentina y Colombia (véase el apéndice C). Sin embargo, hay que advertir de que la mayoría de las encuestas analizadas recopilan información sobre obesidad autorreportada sin recoger los datos del IMC.

Hipertensión. La hipertensión es la sexta causa principal de muerte en el continente americano, con un 3,45 por ciento de todos los fallecimientos en la región. Aproximadamente uno de cada tres adultos en el continente americano sufre de hipertensión, lo cual aumenta el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y enfermedad renal (OPS, 2012). La hipertensión se analizó para Argentina, Brasil, Chile, Jamaica y México. Las encuestas en todos los países preguntan sobre el diagnóstico médico de la hipertensión, con excepción de Jamaica, donde no se les pregunta a los encuestados si la condición fue diagnosticada por un profesional de la salud. Los niveles promedio de hipertensión para el último año reportado son más bajos en Jamaica (15 por ciento), seguido por México (16 por ciento), Brasil (20 por ciento), Chile (29 por ciento) y Argentina (32 por ciento). La distribución por quintiles no muestra un gradiente claro, con excepción de Chile. En Argentina, Brasil y Chile, el 20 por ciento más rico reporta menos hipertensión que el resto de los grupos de ingresos. Pero, en general, los índices de concentración para la hipertensión en todos los países, con excepción de Chile y Jamaica en 2009, no son estadísticamente significativos o son cercanos a cero, lo que indica ausencia de desigualdad socioeconómica. La desigualdad se revirtió en Jamaica: los datos de 2004 y 2007 mostraban que el 20 por ciento más rico presentaba los niveles más bajos de hipertensión, y en 2009 este grupo presentó los niveles más altos debido, quizás, a un cambio en la pregunta de la encuesta, que ya no requería que el encuestado reportara hipertensión diagnosticada por un profesional de la salud, como fue el caso en las encuestas anteriores. La hipertensión en Jamaica experimentó el mayor incremento, pasando de menos del 5 por ciento en 2004 al 15 por ciento en 2009. Esta anomalía subraya la necesidad general de formular las preguntas de las encuestas siguiendo las mejores prácticas existentes.

Los resultados descritos anteriormente muestran una clara tendencia: la región presenta un aumento abrumador de diabetes y enfermedades cardíacas, lo mismo que de sus factores de riesgo asociados como la obesidad y la hipertensión, en todos los grupos de ingresos. Aunque poca o ninguna desigualdad es evidente en las tasas de artritis, depresión, diabetes e hipertensión, nuestros resultados muestran una clara desigualdad favorable a los ricos para la obesidad entre hombres y mujeres, aunque la brecha entre ricos y pobres está disminuyendo en la mayoría de los países. Esto último está relacionado con un aumento más pronunciado de la obesidad

entre los grupos del quintil más pobre, en comparación con el aumento en los grupos del quintil más rico. No se puede subestimar la importancia de las intervenciones de salud pública y las campañas de promoción de la salud para hacer frente a estos resultados críticos. Las autoridades de salud tienen la oportunidad de reducir las muertes y enfermedades mediante la introducción de políticas públicas y la cobertura universal de servicios que promuevan estilos de vida saludables, prevengan las enfermedades, y proporcionen tratamiento oportuno.

Utilización de los servicios por los adultos

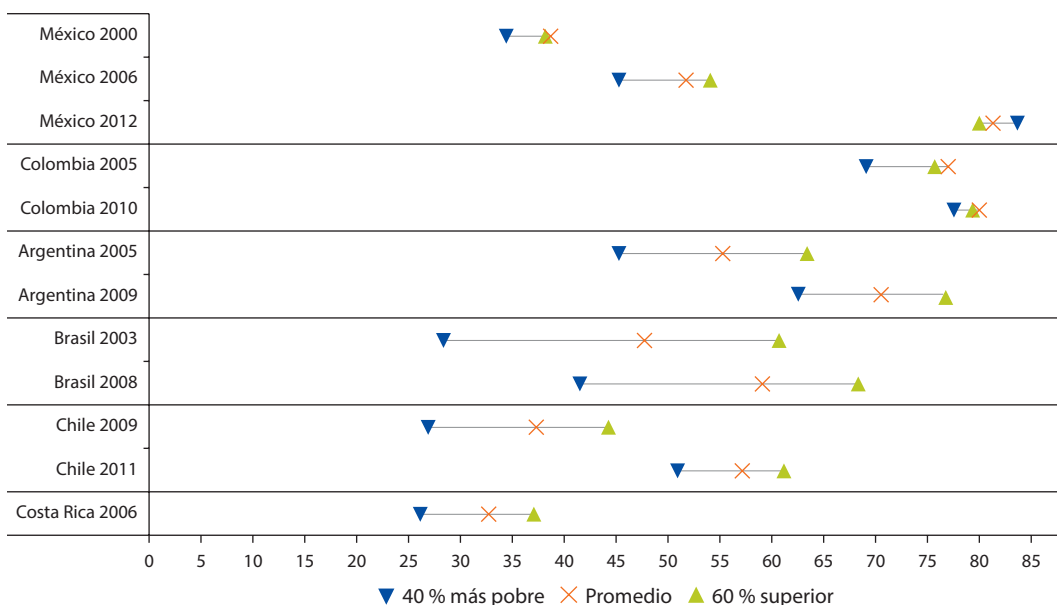
Para lograr una cobertura efectiva de los servicios, los sistemas de salud de carácter universal deben garantizar la atención en salud necesaria y de calidad a todas las personas sin que esto represente sacrificios financieros. Determinar los servicios de salud necesarios requiere de la conceptualización y medición de lo que es “necesario”, un ejercicio difícil y a menudo controvertido. Una revisión de la literatura, en búsqueda de coincidencias sobre la definición de “necesidad” reveló al menos cuatro enfoques. La “necesidad” puede determinarse con: 1) el uso de indicadores objetivos y/o subjetivos de medición de la necesidad individual, tales como el estado de SAH y la morbilidad, en contraposición con una evaluación clínica suscrita por un profesional de la salud; 2) el uso de las características de la zona como base para la necesidad, versus las necesidades de salud individuales; 3) la definición de la necesidad de grupos de población con base en la edad (enfoque de curso de vida), el género, la raza/etnia, etc.; 4) la definición de necesidad como la capacidad individual para beneficiarse de la atención en salud (Dixon *et al.*, 2003)⁶. Nuestro raciocinio fue medir la utilización de la atención de salud en términos de su propósito (servicios curativos y preventivos), tipo (especialidad), y sitio (ambulatoria y hospitalaria) basándose en la necesidad de individuo, determinada por su estado de salud y morbilidad existente. Los datos sobre la cobertura de los servicios siguen siendo escasos en muchos países de América Latina y el Caribe, pero existe algo de información disponible para algunas intervenciones y servicios claves, incluyendo la detección del cáncer de mama y los servicios ambulatorios, hospitalarios, preventivos, curativos y especializados.

La detección del cáncer de mama está directamente relacionada con una reducida morbilidad y mortalidad entre las mujeres, especialmente después de los 50 años. Según las mejores prácticas actuales, la mamografía es una medida preventiva rentable, aunque evidencias controversiales han cuestionado recientemente su beneficio para el diagnóstico temprano y la reducción de la mortalidad asociada al cáncer de mama en las mujeres de ciertos grupos de edad (Miller *et al.*, 2014; Mukhtar, Yeates, y Goldacre, 2013; Tabár *et al.*, 2011). Estos estudios han revivido el debate sobre las directrices y recomendaciones gubernamentales adecuadas para la detección. Aun así, el cáncer de mama es responsable de más de 37,000 muertes anuales en la región. El análisis de la mortalidad por cáncer de mama en el tiempo, calculado a partir del cambio porcentual anual promedio de las tasas de mortalidad estandarizadas por edad, muestra un aumento en los niveles promedio de mortalidad por cáncer de mama en Colombia, Costa Rica y México, durante un período de aproximadamente 10 años (desde 2000 hasta

alrededor de 2010) y una disminución en Argentina, Brasil, Chile y Perú durante el mismo período. En 2010, Argentina tuvo la mayor tasa de mortalidad, con el 20,3 por ciento, pero con el tiempo el país fue capaz de reducir su mortalidad por cáncer de mama, registrando un cambio porcentual anual de 1,27 entre 2000 y 2010. Con un 9,92 por ciento de mortalidad, México tiene la tasa más baja atribuible al cáncer de mama, aunque los cambios porcentuales en el período 2000-2010 muestran un incremento anual de muertes del 0,51 por ciento (OPS, 2013).

Existen directrices para la detección del cáncer de mama para todos los países estudiados, con excepción de Guatemala y Jamaica, aunque hay variaciones en lo que respecta a cuándo y con qué frecuencia las mujeres deben hacerse las mamografías. Nuestra expectativa era que los países tuvieran niveles de cobertura más altos para las mamografías a través del tiempo, así como una distribución más equitativa entre los grupos de ingresos. Los resultados de hecho muestran niveles promedios cada vez mayores en cuanto a las mamografías en Argentina, Brasil, Colombia y México (gráfico 4.22). Los niveles más altos de mamografía para un período de registro de tres años se encuentran en México (81 por ciento) y Colombia (80 por ciento), seguidos por Argentina (71 por ciento), Brasil (59 por ciento), Chile (57 por ciento) y Costa Rica (33 por ciento). El gráfico 4.22 también muestra que los más ricos tienen mayor cobertura que la población que

Gráfico 4.22 Detección de cáncer de mama: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)



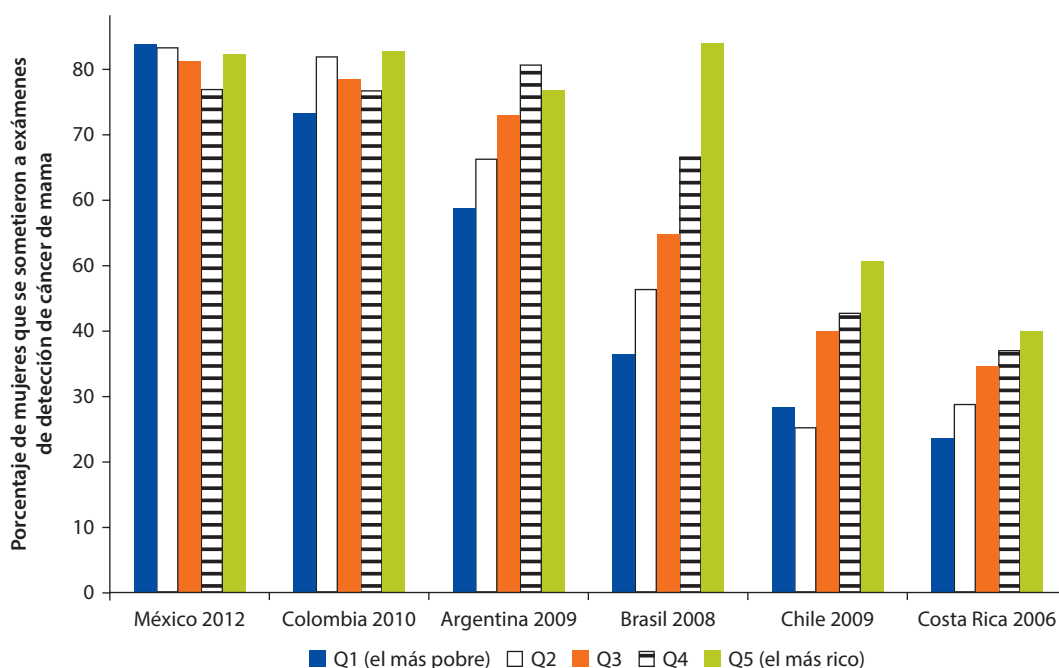
Fuentes: Estimados del estudio basados en Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNAD 2003 y 2008; Chile—ENS 2009; Colombia—ENDS 2005 y 2010; Costa Rica—ENSA 2006; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012.

Nota: Porcentaje de mujeres entre 40 y 69 años que se realizaron una mamografía en los últimos tres años, con excepción de Colombia (40-49 años). Los resultados de México se ajustaron debido a que el período de cobertura de la encuesta era de solo un año.

se encuentra en el 40 por ciento inferior en la distribución del ingreso, con excepción de México, y que todos los países han mejorado la equidad en cuanto a la utilización (véase el IC en el apéndice C). En particular, México ha logrado enormes avances en la mejora del acceso a la detección del cáncer de mama para los pobres, por medio de su programa Seguro Popular (Knaul *et al.*, 2012). El país logró un aumento considerable en la cobertura general de esta intervención específica, así como un cambio desde una distribución favorable a los ricos en 2006 a una favorable a los pobres en 2012. En los demás países existe un claro gradiente social para el acceso a la mamografía, mostrando un mayor uso en los niveles de ingresos más altos (gráfico 4.23). Sin embargo, los resultados de Colombia y México deben ser interpretados con cautela por las razones señaladas en la sección relativa a la detección del cáncer de cuello uterino.

Consultas preventivas. El uso de los servicios de salud preventiva es esencial para la prevención y diagnóstico temprano de las enfermedades, la detección de los factores de riesgo, y la orientación sobre estilos de vida saludables. Por lo tanto, es razonable esperar que todos los adultos deban realizar por lo menos una consulta preventiva anual. Cinco países informaron sobre consultas preventivas para un periodo de cobertura de un mes (gráfico 4.24). Con excepción de Argentina

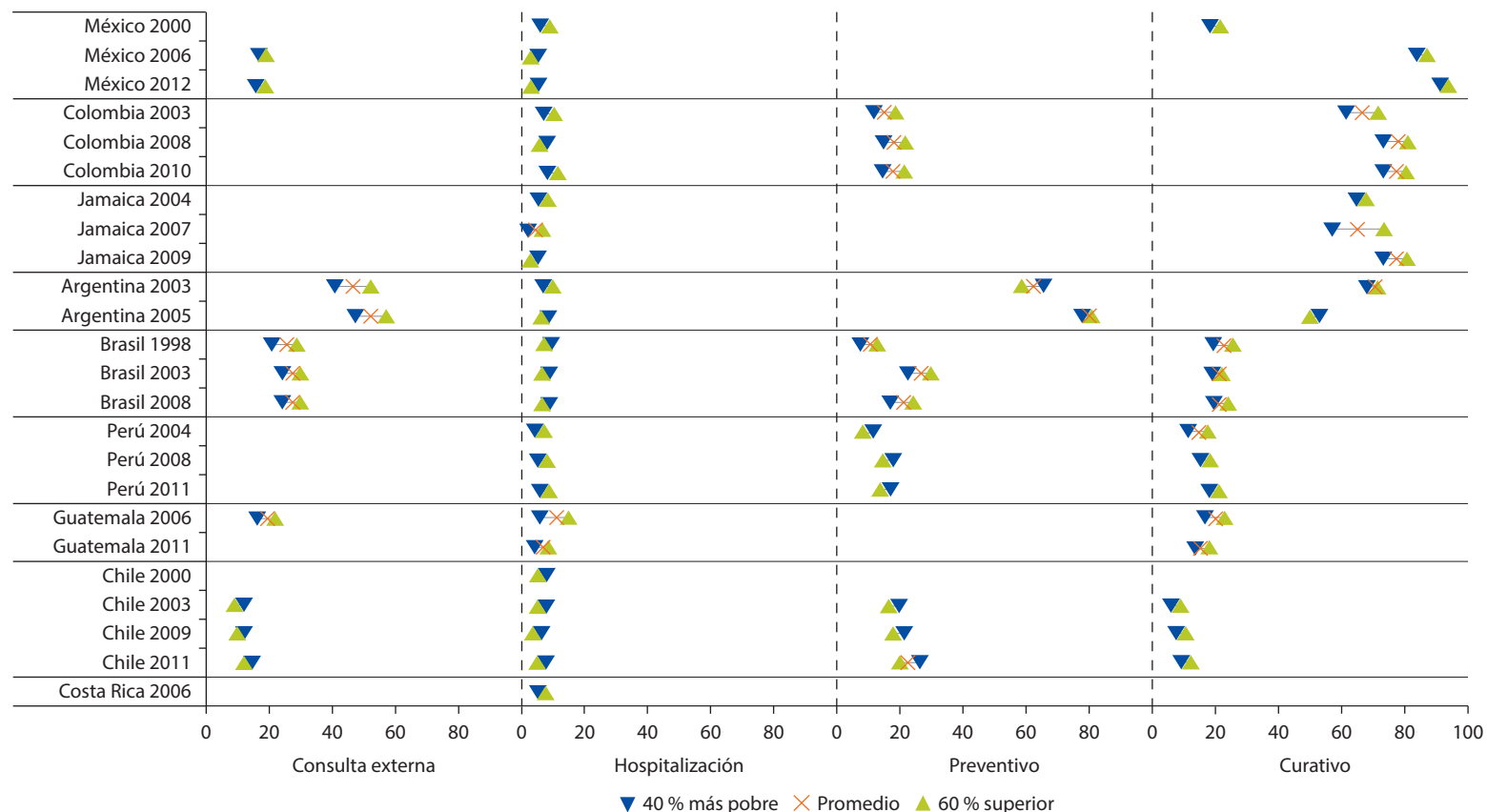
Gráfico 4.23 Gradiente en el tamizaje (detección) de cáncer de mama, 2010 (o el año más cercano)



Fuentes: Estimados del estudio basados en Argentina—ENFR 2009; Brasil—PNAD 2008; Chile—ENS 2009; Colombia—ENDS 2010; Costa Rica—ENSA 2006; México—ENSANUT 2012.

Nota: Los datos de la encuesta se han normalizado para un periodo de cobertura de tres años.

Gráfico 4.24 Utilización de servicios ambulatorios, hospitalarios, preventivos y curativos: Promedio y distribución por quintiles, 2000–2012 (o el año más cercano)



Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—EUGSS 2003 and 2005; Brasil—PNAD 1998, 2003 y 2008; Chile—CASEN 2000, 2003, 2009 y 2011; Colombia—ECV 2003, 2008 y 2010; Costa Rica—ENSA 2006; Jamaica—JSLC 2004, 2007 y 2009; Guatemala—ENCOVI 2006 y 2011; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—ENAH 2004, 2008 y 2011.

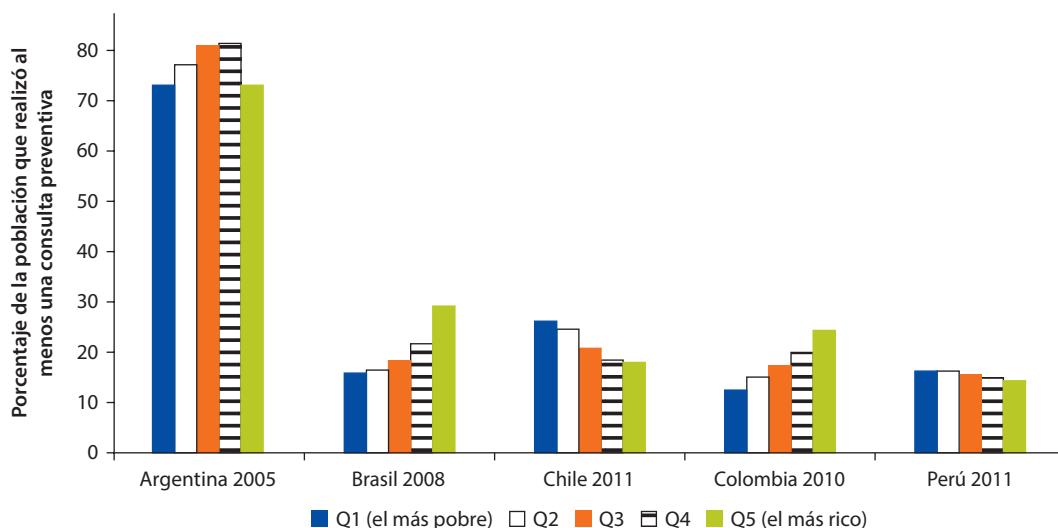
Nota: Para Chile, las visitas al médico se utilizaron como sustituto para las consultas externas.

(77 por ciento) los niveles en toda la región son bastante bajos: 21 por ciento en Chile, 20 por ciento en Brasil, 17 por ciento en Colombia, y 15 por ciento en Perú. Las desigualdades pronunciadas son evidentes en países con una distribución favorable a los ricos; Brasil y Colombia tienen índices de concentración de 0,10 y 0,15 respectivamente (véase el apéndice C). En Colombia, la distribución se torna cada vez menos sesgada con el tiempo, mientras que en Brasil el grado de desigualdad no cambia. Las tendencias generales muestran una mayor utilización de los servicios de salud preventiva y menos desigualdad entre los grupos de población en la mayoría de los países estudiados.

La distribución por quintiles muestra un gradiente socioeconómico para Chile y Perú, lo que no es el caso para todos los demás países (gráfico 4.25). En ambos países, el uso de servicios preventivos disminuye en la medida que aumenta el ingreso, aunque la distribución es casi equilibrada en Perú. En Brasil y Colombia la relación entre la utilización y el ingreso es uniformemente positiva y, como se señaló anteriormente, el grado de desigualdad es mayor. En Argentina, los niveles promedio de uso de servicios preventivos son similares entre los extremos socioeconómicos (quintiles 1 y 5), pero mayores para todos los demás grupos.

Consultas Curativas. En contraste con las consultas preventivas (dirigidas a mantener la salud y prevenir las enfermedades en ausencia de síntomas), la atención curativa trata y diagnóstica lesiones o enfermedades, ya sea en régimen ambulatorio u hospitalario. Las preguntas de la encuesta para la atención curativa están

Gráfico 4.25 Gradiente en consultas preventivas, 2010 (o el año más cercano)



Fuente: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—EUGSS 2005; Brasil—PNAD 2008; Chile—CASEN 2011; Colombia—ECV 2010; Perú—ENAH 2011.

Nota: Los datos de la encuesta se han normalizado para un periodo de cobertura de tres años.

precedidas por preguntas sobre la existencia de una lesión o enfermedad que requiera atención en salud; por lo tanto, las respuestas sobre la utilización de servicios se limitan a los que informaron sobre un problema de salud o lesión específica. Los niveles más altos de consultas curativas en un mes son reportados por México (86 por ciento), Jamaica (78 por ciento) y Colombia (78 por ciento) seguidos por Argentina (53 por ciento), Brasil (21 por ciento), Perú (19 por ciento), Guatemala (15 por ciento), y Chile (9 por ciento). Ante las mismas necesidades, es más probable que los ricos utilicen los servicios de atención curativa en todos los países estudiados, aunque la brecha entre ricos y pobres registra una reducción.

Aunque puede ser justo esperar que todos los individuos enfermos o lesionados recibirán atención (cobertura del 100 por ciento para los servicios que necesitan), es problemático asumir que entre más atención curativa, mejor, sobre todo cuando no somos capaces de diferenciar entre la atención brindada en consulta externa y la que se ofrece en un ambiente hospitalario. Los datos de las encuestas disponibles no son lo suficientemente detallados para dejarnos distinguir las mejoras en el acceso a servicios intra-hospitalarios para aquellos que los necesitaban de la atención recibida en un hospital que podría haberse realizado en el nivel de atención primaria, evitando la hospitalización innecesaria. Sin más información para discernir la razón de los incrementos o disminuciones en esta variable, la interpretación es limitada. Estas limitaciones se discuten con más detalle en el siguiente capítulo.

Servicios de consulta externa y hospitalización. Los servicios de consulta externa y hospitalaria se refieren al sitio/lugar donde fueron recibidos y el nivel de servicio dentro de la red de prestación de servicios de la salud. Los servicios de consulta externa o ambulatorios pueden incluir servicios de salud curativos, preventivos, especializados o primarios, entre otros. Estos servicios pueden ser brindados por médicos u otros profesionales de la salud. Los servicios hospitalarios son aquellos que proporcionan atención interna que requiere al menos una noche de hospitalización. En general, el porcentaje de la población que utiliza los servicios de salud ambulatorios es bajo: 51 por ciento en Argentina, 27 por ciento en Brasil, 16 por ciento en México, 15 por ciento en Guatemala, y 14 por ciento en Chile. Aunque estas proporciones han aumentado en 7 puntos porcentuales en Argentina, 3 en Chile y 2 en Brasil, han disminuido en 4 puntos porcentuales en Guatemala y 1 en México. Al igual que los servicios curativos y preventivos, los servicios ambulatorios son favorables a los ricos en todos los países, a pesar que las desigualdades han disminuido con el tiempo. En comparación con los servicios de consulta externa, la proporción de la población que recibe servicios de hospitalización en todos los países es mucho menor pues varía entre un 4 por ciento en Jamaica y un 8 por ciento en Argentina, Brasil y Colombia. Con el tiempo, los niveles de hospitalización se han mantenido estables en Argentina, Brasil, Chile y Colombia; mientras que disminuyeron un 2 por ciento en Jamaica y México y un 4 por ciento en Guatemala. En Perú se incrementaron en 2 puntos porcentuales. La mayoría de los servicios hospitalarios se distribuyen equitativamente

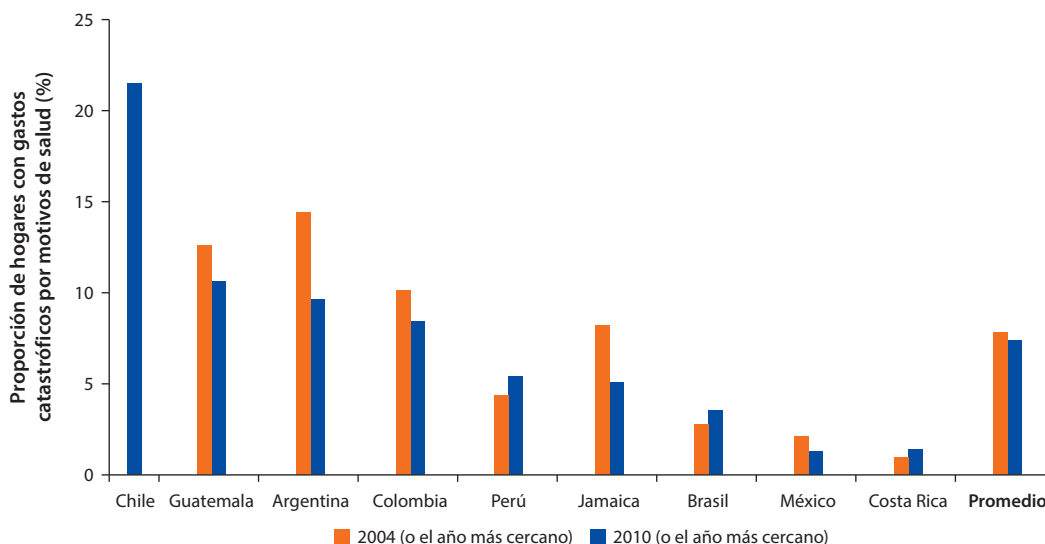
entre ricos y pobres, o muestra una desigualdad levemente favorable a los ricos. Guatemala y Jamaica son la excepción, con una desigualdad a favor de los ricos superior que la mayoría de los países. Al igual que con los servicios curativos, es problemático asumir que más o menos servicios ambulatorios y hospitalarios son mejores o peores. Es una meta deseable disminuir las hospitalizaciones evitables y aumentar los servicios ambulatorios para la prevención primaria y los servicios de salud necesarios; pero los datos de las encuestas disponibles no se prestan a este tipo de análisis. Estos problemas se tratan con mayor detalle en el siguiente capítulo.

Protección financiera entre los grupos de ingreso

La mayoría de los países de la región experimentaron un descenso estadístico significativo de los gastos catastróficos por motivos de salud. Hay grandes variaciones en este indicador, y la asociación con el ingreso o la cobertura es débil. Sin excepción, los medicamentos son una carga más pesada para los pobres que para los ricos, aunque la brecha se esté reduciendo. En términos relativos, pocos hogares caen en la pobreza debido a los gastos en salud, pero esto todavía no significa que millones de personas estén siendo protegidas de las dificultades financieras que dichos gastos causan.

Las poblaciones que pagan considerables gastos de bolsillo por los servicios de salud en las unidades de atención corren un mayor riesgo de incurrir en grandes gastos y sufrir crisis financiera debido a la enfermedad que aquellos cuyos servicios de salud son financiados a través de recursos mancomunados prepagados. Una medida utilizada para evaluar la vulnerabilidad ante las crisis financieras ocasionadas por gastos en salud es la porción de hogares que incurren en gastos catastróficos en salud, los que son definidos como los gastos de bolsillo en salud que superan un determinado umbral de consumo en los hogares (Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu *et al.*, 2003).

El gráfico 4.26 presenta los resultados del análisis, usando el 25 por ciento del consumo no alimentario como el umbral por encima del cual los gastos de bolsillo en salud se consideran catastróficos. Los gastos catastróficos en salud varían ampliamente en los países estudiados, pues van desde el 1 por ciento en Costa Rica hasta más del 21 por ciento en Chile. Como era de esperar, los países con más recursos (Brasil y México) tienen los niveles más bajos de gastos catastróficos por motivos de salud (por debajo del 5 por ciento), los países de ingreso mediano como Colombia y Perú están en un rango medio (5 a 10 por ciento) y Guatemala, el de menor ingreso, se ubica en la gama alta (por encima del 10 por ciento). Sin embargo, la asociación de estos gastos catastróficos con el ingreso es débil. Pero quizá lo más sorprendente es que el gasto catastrófico no tiene una íntima correlación con la cobertura. Los gastos catastróficos en Perú son menores de lo que uno podría esperar dado su bajo ingreso y cobertura, comparado con otros países. Es muy alto en Chile, país con una cobertura casi universal de la población y el más alto ingreso per cápita de América Latina. En la primera década del nuevo milenio, la mayoría de los países de la región experimentaron un descenso

Gráfico 4.26 Incidencia de los gastos catastróficos por motivos de salud, 2004–2010 (o el año más cercano)

Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENGH 1997 y 2005; Brasil—POF 2002–03 y 2009–09; Chile—ESGS 2006; Colombia—ECV 2008 y 2010; Costa Rica—ENIG 2004 y 2013; Guatemala—ENCOVI 2006 y 2011; Jamaica—JSLC 2007 y 2009; México—ENIGH 2000 y 2010; Perú—ENAHO 2004 y 2008.

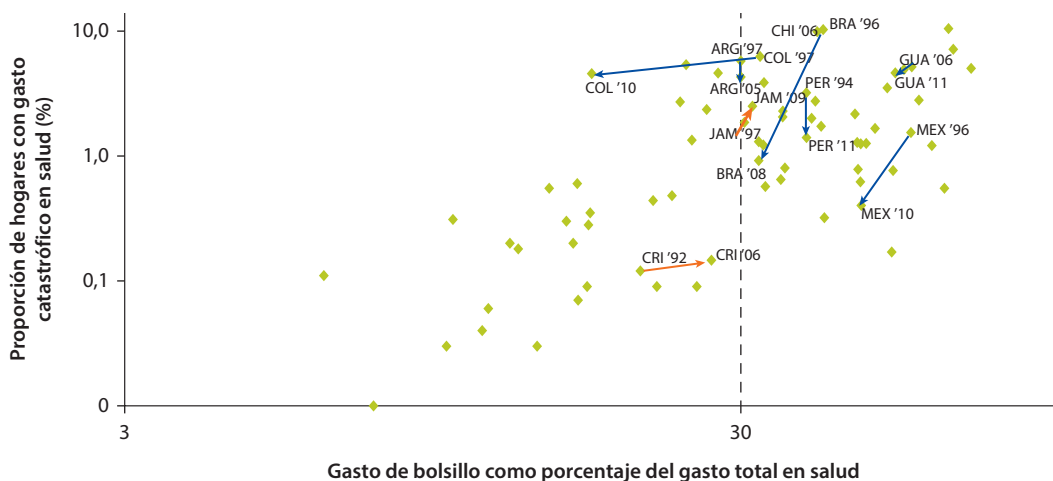
Nota: Las diferencias en la media entre los periodos son significativas, con el 1%, con excepción de Colombia (no significativo). Los gastos catastróficos por motivos de salud están definidos por un umbral del 25% del consumo no alimentario.

estadísticamente significativo de los gastos catastróficos; Brasil y Perú fueron la excepción, pero el incremento fue marginal (un punto porcentual o menos).

Xu *et al.*, (2003), en un estudio de 59 países sobre gastos catastróficos en salud con un umbral de capacidad de pago del 40 por ciento⁷, encontraron una correlación positiva global entre la proporción de hogares que incurrían en gastos catastróficos y la proporción del gasto total en salud financiado con fondos propios. También encontraron una variabilidad sustancial entre los países en cada nivel. De mediados a finales de la década de 1990, los países latinoamericanos (por ej., Argentina, Brasil, Colombia, Paraguay y Perú) mostraron tener tasas relativamente altas de gastos catastróficos (gráfico 4.27). En las décadas posteriores, las tasas han disminuido considerablemente, sobre todo en Brasil, México y Perú; en otros países, los cambios en los gastos catastróficos fueron marginales. Aunque la tendencia es que menos hogares incurran en gastos catastróficos, estas cifras ocultan cierta variación en el período. En Jamaica, por ejemplo, la proporción se elevó por encima de la marca del 4 por ciento en 2004 antes de desplomarse hasta el 2,5 por ciento en 2009. En Brasil, las tasas fueron ligeramente mayores en 2008 (0,9 por ciento) que en 2003 (0,6 por ciento); ambos cambios fueron estadísticamente significativos.

Según hallazgos anteriores de Xu *et al.*, los gastos catastróficos se correlacionan positivamente con el porcentaje de gastos de bolsillo en el total del gasto en salud. Colombia es un caso atípico. Su gasto catastrófico es relativamente alto (4,6 por ciento) dada la porción total de gastos en salud financiados

Gráfico 4.27 Proporción de hogares con gastos catastróficos en salud comparados con el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total en salud



Fuente: Knaul *et al.*, 2012; Xu *et al.*, 2003.

Nota: Los gastos catastróficos por motivos de salud corresponden a aquellos que exceden el 40 por ciento de la capacidad de pago del hogar.

con gastos de bolsillo (17 por ciento, que es de las más bajas en una región donde los pagos de este tipo representaron el 32 por ciento de la financiación total promedio para la salud en 2012). Aunque los gastos de bolsillo han aumentado en términos absolutos en los países estudiados (véase el capítulo 1), como porcentaje del total del financiamiento, se han reducido o bien se mantuvieron sin cambios en todos los países, menos en Costa Rica, que vio un aumento de un punto porcentual en la proporción del financiamiento total con gastos de bolsillo.

Datos comparables sobre la proporción de gastos de bolsillo estaban disponibles para cinco de los nueve países estudiados. En todos los casos, con excepción de Colombia, los medicamentos representan la partida de gastos más grande, absorbiendo en promedio el 45 por ciento de los gastos de bolsillo, y tanto como tres cuartas partes de gasto de los hogares en Brasil, hasta 10 puntos porcentuales por encima de la encuesta del año anterior. En contraste, un cambio de magnitud similar, pero en la dirección opuesta, se observó en Perú. No hubo cambios en Colombia o México. Sin excepción, los medicamentos son una carga más pesada para los pobres que para los ricos porque consumen una mayor proporción del presupuesto de salud de los hogares pobres; sin embargo, la brecha se está reduciendo en todos los países. Jamaica no se incluyó en este grupo porque sus datos no permiten una comparación. No obstante, es interesante observar más de cerca el caso de Jamaica ya que el Gobierno ha estado implementando dos programas de subsidio a los medicamentos desde 2003: el *National Health Fund* y *Jamaica Drugs for the Elderly Program* (JADEP). Aunque hubo poco movimiento (una disminución del 1,7 por

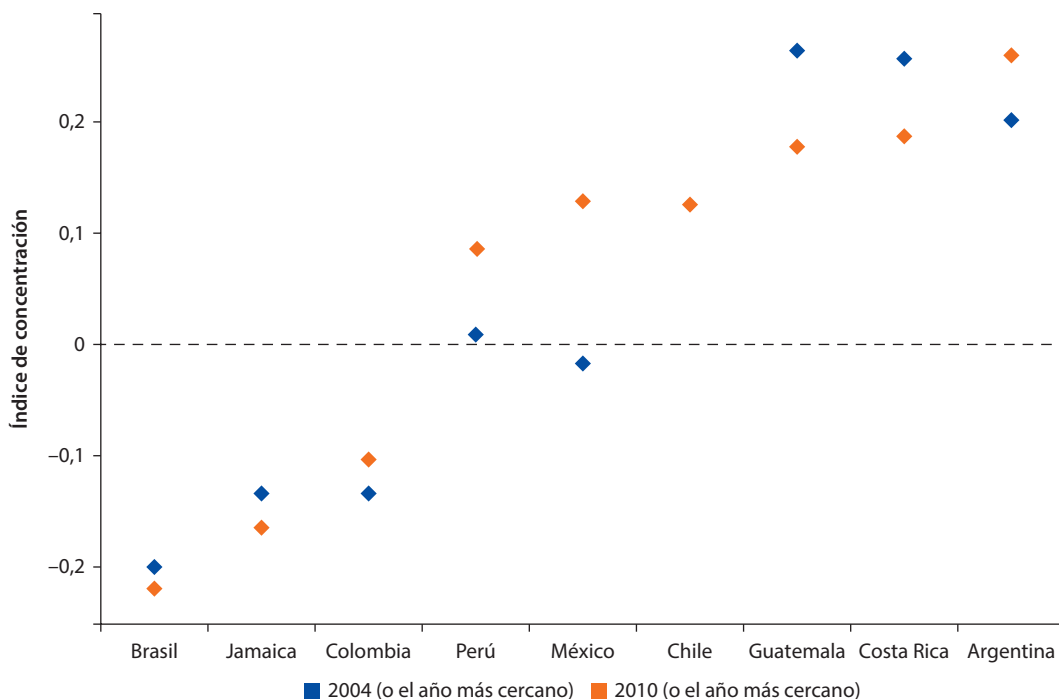
ciento) en la proporción global de gastos en medicamentos pagados con gastos de bolsillo, hubo importantes cambios distributivos. La carga de gastos en medicamentos se ha reducido principalmente en los tres quintiles inferiores, aunque más para la clase media y la clase media baja (quintiles dos y tres) que para los más pobres.

Los servicios de consulta externa son la segunda mayor partida de gastos, pero a diferencia de los medicamentos, representan una mayor proporción del gasto para los hogares más ricos, aunque la brecha se está reduciendo (excepto para México y Perú, que han mostrado poco cambio). Los servicios para pacientes hospitalizados tienden a absorber una parte más modesta de los gastos de bolsillo (menos del 10 por ciento) con excepción de Colombia y México, donde la proporción es del 30 al 37 por ciento y del 18 al 23 por ciento respectivamente. En el caso de México, la distribución a través de los grupos de ingresos es bastante uniforme; en Colombia es favorable a los ricos. La proporción o distribución del gasto de los hogares en servicios de laboratorio y diagnóstico ha mostrado poco cambio. Este último hallazgo es sorprendente a la luz de la creciente carga de ENT; las pruebas de diagnóstico son importantes en la detección y manejo de estas condiciones.

Esto ilustra algunas de las deficiencias del análisis de gastos. Depende de los informes de gastos reales y, por lo tanto, no nos dice nada acerca de lo que los hogares gastaron sin utilizar dinero. Puede ser que los pobres estén renunciando a servicios de diagnóstico necesarios porque no pueden pagarlos. De hecho, sabemos a partir de la sección anterior que los pobres van a la zaga de los ricos en la utilización de los servicios de diagnóstico claves como la detección del cáncer de cuello uterino y de mama. Los datos sobre los pagos realizados con dinero propio no pueden captar esto porque no se hizo ninguna compra y, por lo tanto, no aparece como un gasto de los hogares. Del mismo modo, poco se puede entender de la naturaleza de los bienes y servicios de salud adquiridos. ¿Eran electivos o necesarios o, para el caso, se sabía que eran efectivos? Además, una reducción de los obstáculos financieros, a menudo una característica de los programas para avanzar hacia la CUS, puede dar lugar a más compras de servicios relacionados con la salud, debido a la demanda latente. Por estas razones, es difícil interpretar los datos sobre la incidencia de gastos catastróficos en toda la distribución del ingreso. Lo ideal sería disponer de información más detallada sobre la naturaleza de estos gastos, sobre todo si son o no electivos.

El gráfico 4.28 muestra el índice de concentración de los pagos catastróficos, así como los cambios en el tiempo, donde están disponibles. En la mayoría de los países, los gastos catastróficos tienden a ser mayores para los ricos, pero ése no es el caso en todos los ámbitos. En Brasil, Colombia, Guatemala y Jamaica, estos pagos se concentran entre los pobres, aunque en menor medida en Colombia, donde las disparidades se están estrechando. Las disparidades, cuando se miden en toda la distribución de la población, se están ampliando en varios países, independientemente que los gastos catastróficos sean favorables a los ricos o a los pobres; en todos los casos las diferencias son estadísticamente significativas.

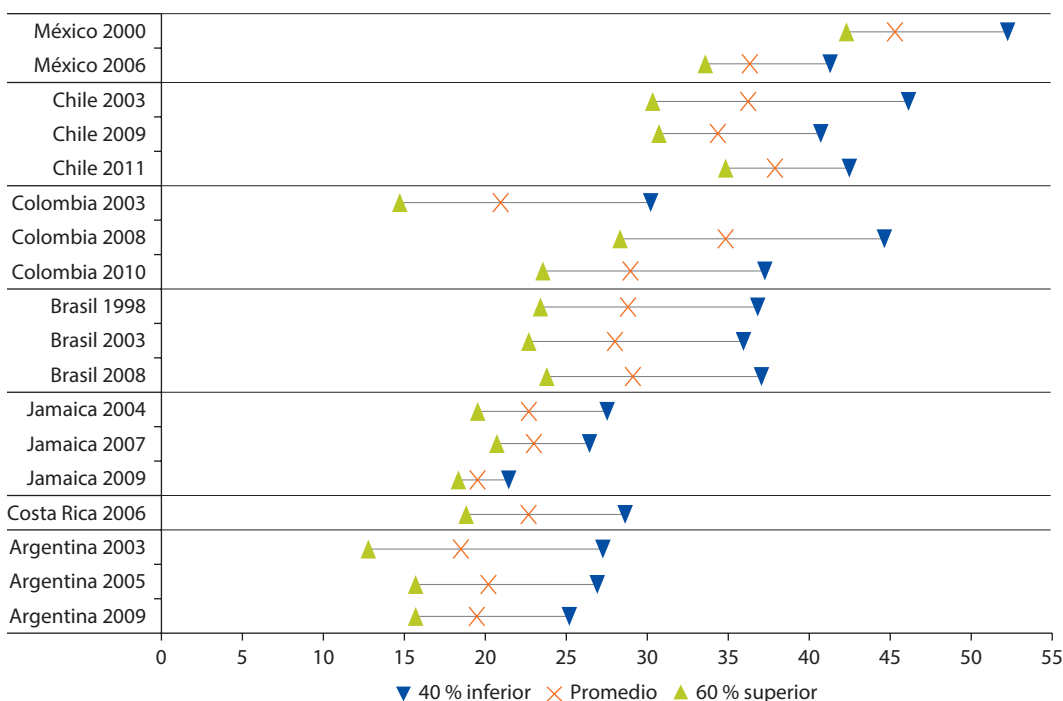
Gráfico 4.28 Índice de concentración del gasto catastrófico por motivos de salud, 2004–2010 (o el año más cercano)



Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENGH 1997 y 2005; Brasil—POF 2002–03 y 2009–09; Chile—ESGS 2006; Colombia—ECV 2008 y 2010; Costa Rica—ENIG 2004 y 2013; Guatemala—ENCOVI 2006 y 2011; Jamaica—JSLC 2007 y 2009; México—ENIGH 2000 y 2010; Perú—ENAH 2004 y 2008.

Nota: El índice de concentración es favorable a los pobres cuando está por debajo de cero y favorable a los ricos cuando está por encima de cero. Los gastos catastróficos por motivos de salud están definidos por un umbral del 25 por ciento del consumo no alimentario.

Los diseñadores de políticas pueden estar particularmente interesados en saber si los pobres están soportando una carga desproporcionada de gastos en salud. Los gráficos 4.29 y 4.30 muestran, respectivamente, la incidencia de gastos catastróficos por motivos de salud entre el 40 por ciento de la población más pobre, en comparación con la incidencia en el 60 por ciento más rico de la población y la escala de empobrecimiento por motivos de salud. El empobrecimiento se calcula como la diferencia entre lo que el nivel de pobreza habría sido si los hogares no realizaran esos gastos en salud, en comparación con el nivel de pobreza real. En todos los países, los gastos catastróficos para el 40 por ciento inferior y la población en general se han movido en tándem, por lo general disminuyendo con el tiempo, con la excepción de Brasil y Perú, donde, como se ha señalado anteriormente, se ha producido un ligero aumento. El menor nivel de pobreza atribuible a los gastos en salud lo tienen Costa Rica, Argentina y México, donde también se ha reducido, y el mayor está en Perú y Jamaica. La brecha se ha ido reduciendo en Colombia y Guatemala, pero ha aumentado en Brasil y Perú.

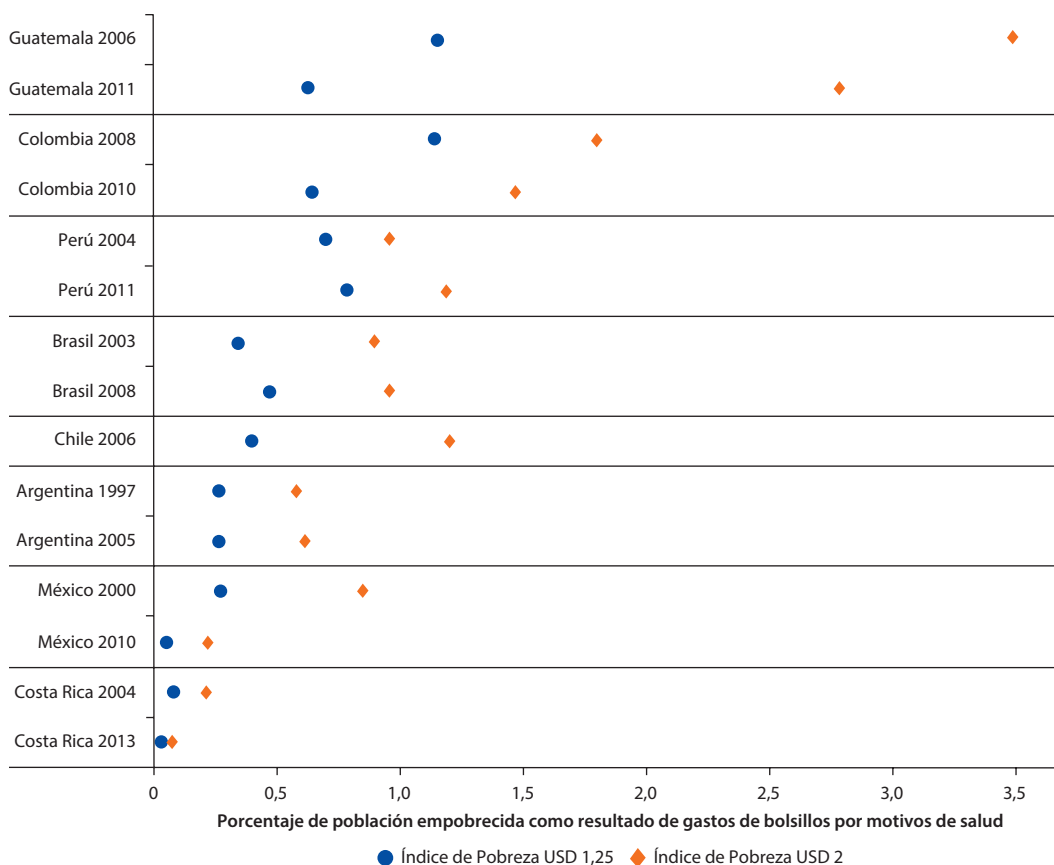
Gráfico 4.29 Incidencia del gasto catastrófico por motivos de salud en el 40 por ciento más pobre de la población, 2000–2010 (o el año más cercano)

Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENGH 1997 y 2005; Brasil—POF 2002–03 y 2009–09; Chile—ESGS 2006; Colombia—ECV 2008 y 2010; Costa Rica—ENIG 2004 y 2013; Guatemala—ENCOVI 2006 y 2011; Jamaica—JSLC 2007 y 2009; México—ENIGH 2000 y 2010; Perú—ENAH 2004 y 2008.

Nota: Los gastos catastróficos por motivos de salud están definidos por un umbral del 25 por ciento del consumo no alimentario.

Seguimiento al grado de avance por medio de indicadores sintéticos

Los datos presentados en la sección anterior no responden directamente a la pregunta de si existe una relación de causalidad entre los programas implementados y los cambios que se produjeron en los resultados en salud, la utilización de servicios, o la protección financiera. Se ha llevado a cabo en la región una serie de evaluaciones integrales que sí establecen que las reformas de salud han tenido un impacto positivo (Dow y Schmeer, 2003; Frenz *et al.*, 2013; Gertler, Martínez y Celhay, 2011; Macinko *et al.*, 2006; Rasella, Aquino y Barreto, 2010). Giedion, Alfonso y Díaz (2013) llevaron a cabo una revisión de la literatura sobre el impacto de los planes de cobertura universal en los países en desarrollo y llegaron a la conclusión de que la robustez de la evidencia varía en función del resultado medido. La evidencia es más robusta cuando hablamos del impacto positivo sobre el acceso a la atención médica. Además, los estudios indican que este impacto es heterogéneo, con beneficios sobre todo para los grupos socioeconómicos en desventaja. Esto sugiere que el seguimiento de la equidad en la

Gráfico 4.30 Empobrecimiento atribuible a gastos de bolsillo en salud, 2000–2010 (o el año más cercano)

Fuentes: Estimaciones del estudio basadas en Argentina—ENGH 1997 y 2005; Brasil—POF 2002–03 y 2009–09; Chile—ESGS 2006; Colombia—ECV 2008 y 2010; Costa Rica—ENIG 2004 y 2013; Guatemala—ENCOVI 2006 y 2011; Jamaica—JSLC 2007 y 2009; México—ENIGH 2000 y 2010; Perú—ENAHO 2004 y 2008.

utilización de los servicios de salud puede ser una buena medida (por aproximación) del avance hacia la construcción de la CUS entre los países.

A continuación, los datos de utilización de servicios analizados en detalle en las secciones anteriores se presentan organizados de manera tal que permite a los países evaluar sus avances en cuanto al aumento del nivel y distribución de la cobertura del servicio a través del tiempo y en relación con otros países de la región. El cuadrante marcado en verde delimita el rango en el cual el nivel de utilización de los servicios está por encima del promedio regional y la desigualdad relativa entre los grupos de ingreso es inferior a la media regional. Los servicios se han agrupado en dos grandes categorías. La primera incluye los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil que han demostrado ser rentables en la prevención de las muertes maternas e infantiles (Jamison *et al.*, 2006, 2013); estos son los servicios relacionados con los ODM.

La segunda agrupa los servicios para la población en general y algunas intervenciones para las ENT. Todos los indicadores de prestación de servicios seleccionados tienen la característica de que más servicio es preferible que menos y el rango está delimitado entre el 0 y el 100 por ciento, donde la meta deseable de cobertura es el 100 por ciento.

En general, la región cuenta con altos niveles de intervenciones relacionadas con los ODM, en particular los servicios de salud materna para los cuales la cobertura se acerca al 100 por ciento (gráfico 4.31). Por otra parte, con pocas excepciones, los países se están moviendo en la dirección correcta, con el aumento en el tiempo de los niveles de cobertura y una utilización cada vez menos favorable a los ricos. La cobertura es particularmente equitativa para los programas de salud pública, tales como la planificación familiar y la inmunización; muchos países han alcanzado igualdad casi plena en el uso de anticonceptivos. Cabe señalar que las tasas de inmunización obtenidas a partir de las encuestas

Gráfico 4.31 Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995–2010 (o el año más cercano)

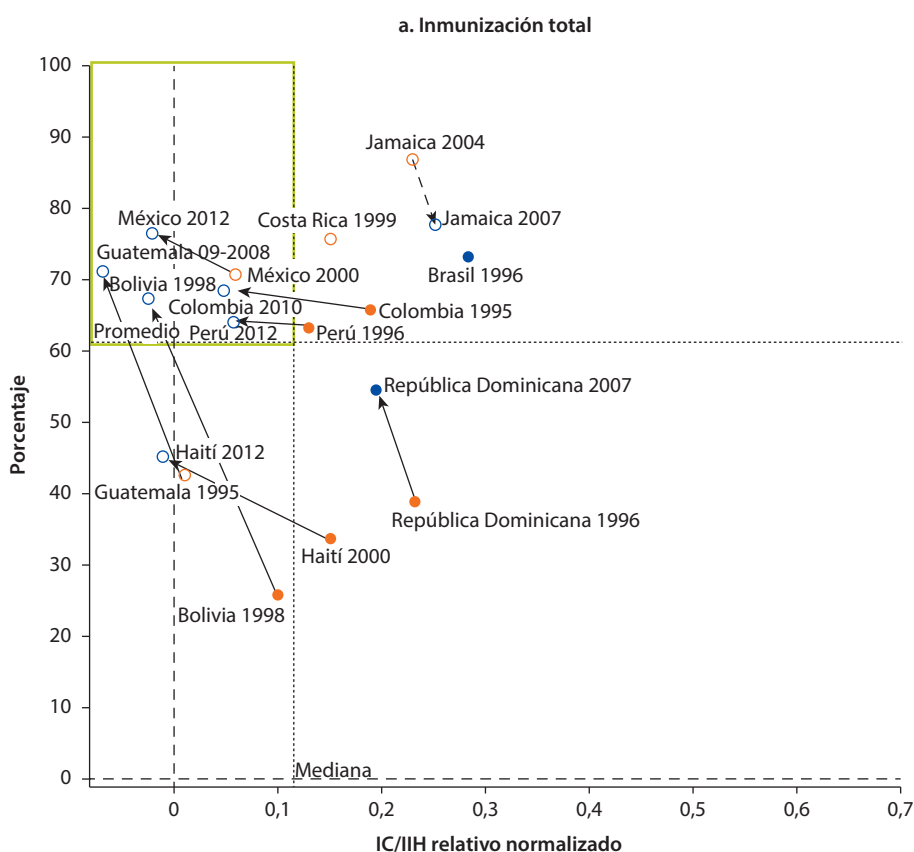


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.31 Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995–2010 (o el año más cercano) (continuación)

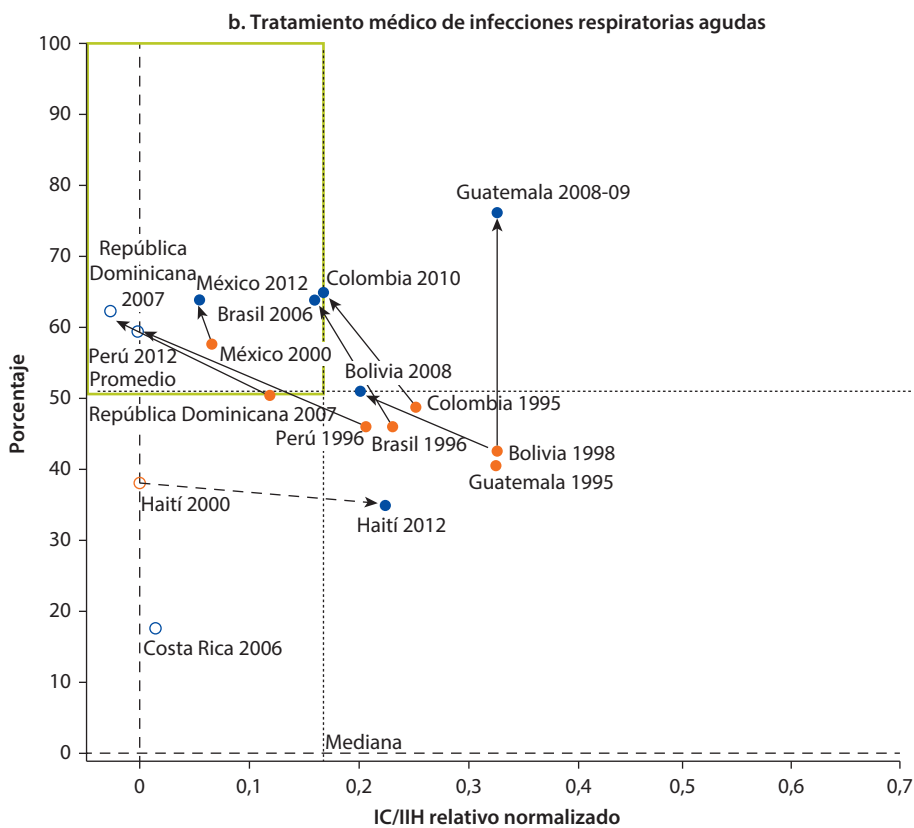


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.31 Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995-2010 (o el año más cercano) (continuación)

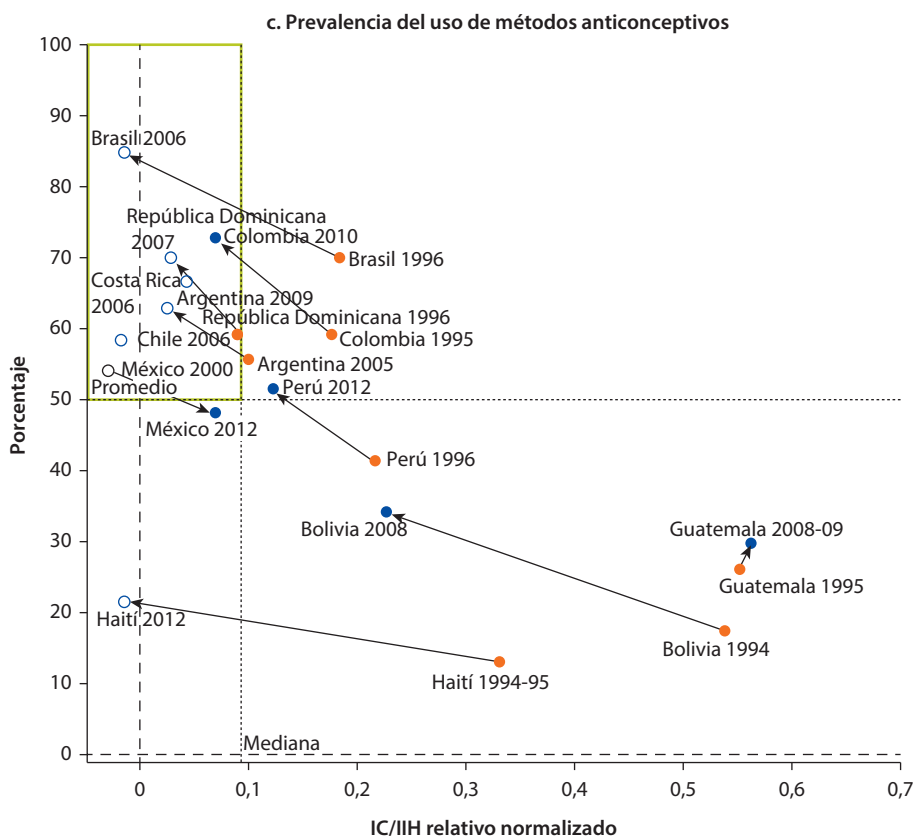


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.31 Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995–2010 (o el año más cercano) (continuación)

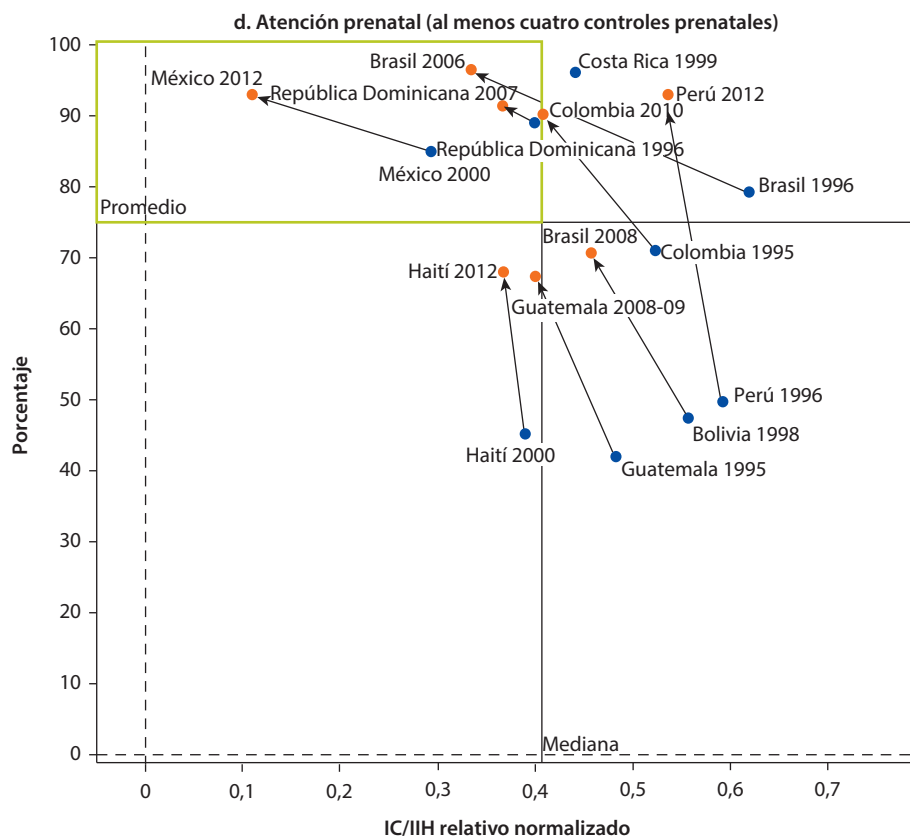
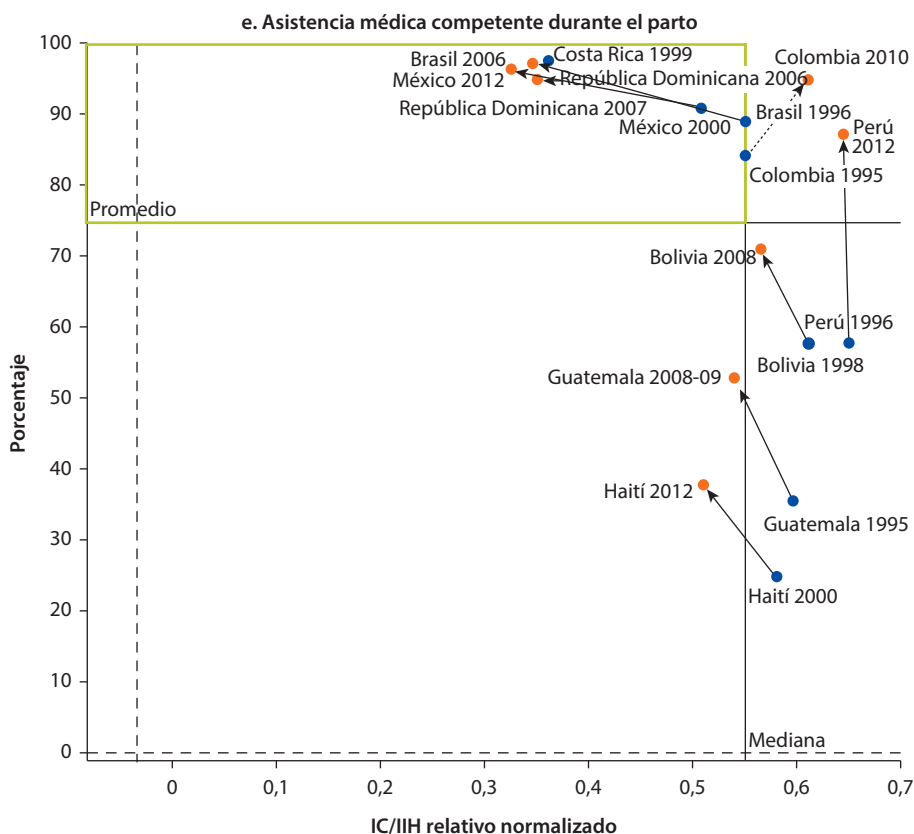


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.31 Seguimiento de los avances en el nivel y la distribución de los servicios relacionados con los ODM, 1995–2010 (o el año más cercano) (continuación)



Nota: El cuadrante superior izquierdo hace referencia a promedio alto en resultado y baja desigualdad; el cuadrante superior derecho significa promedio alto y alta desigualdad; el cuadrante inferior izquierdo corresponde a promedio bajo y baja desigualdad y el cuadrante inferior derecho, promedio bajo y alta desigualdad. Los puntos representan al IC/IIH estadísticamente significativo del 5 por ciento. Los círculos representan IC/IIH estadísticamente no significativo en este nivel. En azul se presenta el año más antiguo de la encuesta, mientras que en naranja el más reciente o un solo año de la encuesta. IC/IIH = índice de concentración/índice de inequidad horizontal.

de población son siempre más bajas que los resultados reportados a partir de datos administrativos, los cuales reportan cifras de cobertura para la región en su conjunto en el rango del 93 al 96 por ciento dependiendo de la vacuna (OPS, 2013). Sin embargo, en general la posición relativa de los países se mantiene. Perú es una excepción pues las cifras de 2004-2008 lo sitúan por debajo de la media y muestran un descenso en la cobertura de inmunización. Los servicios de atención primaria, como el tratamiento médico de las IRA y la atención prenatal, son más favorables para los ricos que los programas de salud pública, pero menos favorables para este grupo que los partos asistidos por personal especializado, los que se proporcionan en su mayoría en un ambiente hospitalario en la región. Brasil, República Dominicana y México están bien en cuanto al nivel y la distribución de la cobertura en estos servicios de atención primaria. Hubiera sido

interesante comparar su rendimiento con el de los países de la región que fueron utilizados como referencia por la Comisión Lancet —que revisó el caso de las inversiones en salud, con motivo del 20.º aniversario del Informe de Desarrollo Mundial de 1993—, ya que los mismos alcanzaron altos niveles en su situación de salud en el año 2011 a pesar de haber sido clasificados como países de renta media-baja dos décadas atrás (Jamison *et al.*, 2013). Sin embargo, sorprendentemente ni Chile ni Costa Rica cuenta con datos sobre tendencias procedentes de las encuestas para los indicadores de salud maternoinfantil. Las encuestas demográficas de salud son generalmente la fuente de esta información, y los países en desarrollo a menudo reciben apoyo financiero y asistencia técnica para su implementación de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID). Chile y Costa Rica no se beneficiaron de este apoyo, tal vez precisamente por su alto nivel de desempeño en materia de salud y desarrollo humano en general.

Sin excepción, los países de la región están avanzando hacia una mayor cobertura de consultas preventivas y de detección de cáncer de cuello uterino y de mama (gráfico 4.32). Pero la cobertura para las intervenciones en ENT es considerablemente menor que la de los servicios de salud reproductiva, materna e infantil. La cobertura de las consultas preventivas es especialmente baja. Con pocas excepciones, estos servicios son utilizados más por los ricos que por los pobres, aunque las diferencias se están reduciendo. Los servicios prestados en un establecimiento de atención primaria, como las consultas generales de prevención y la detección del cáncer de cuello uterino, son menos sesgadas en favor de los ricos que la mamografía, la cual requiere de atención especializada y equipo de imagen. Por el contrario, la citología de Papanicolaou es una intervención de bajo costo, por lo que su baja cobertura en algunos países es más sorprendente.

Los indicadores sintéticos presentados aquí están fuertemente sesgados hacia las intervenciones preventivas, lo que confirma otros resultados de revisión de indicadores que revelan que hay escasez de buenos indicadores para la cobertura y el tratamiento en los países en desarrollo (OMS y Banco Mundial, 2014). Esto es particularmente evidente para los servicios relacionados con el tratamiento y control de las ENT, lo cual es una deficiencia importante considerando la creciente carga asociada con esta categoría de enfermedades. La complejidad del paquete esencial de mejores inversiones para la intervención clínica dirigida al control de las ENT pone en entredicho a las encuestas de población como el instrumento adecuado para realizar un seguimiento a los avances en la prestación de estos servicios. Por ejemplo, es bastante simple determinar a través de una entrevista de hogares si una mujer embarazada tuvo un parto asistido por personal calificado o si un niño recibió un ciclo completo de vacunación (aunque como se analizó anteriormente, los resultados todavía pueden desviarse de los datos administrativos). Por el contrario, las intervenciones en el paquete esencial de la OMS para la enfermedad isquémica del corazón, por ejemplo, incluyen asesoramiento y terapia con múltiples fármacos para las personas que han tenido un ataque al corazón o que están en alto

Gráfico 4.32 Seguimiento a grado de avance por nivel y distribución de servicios contra las ENT, 1995–2010 (o el año más cercano)

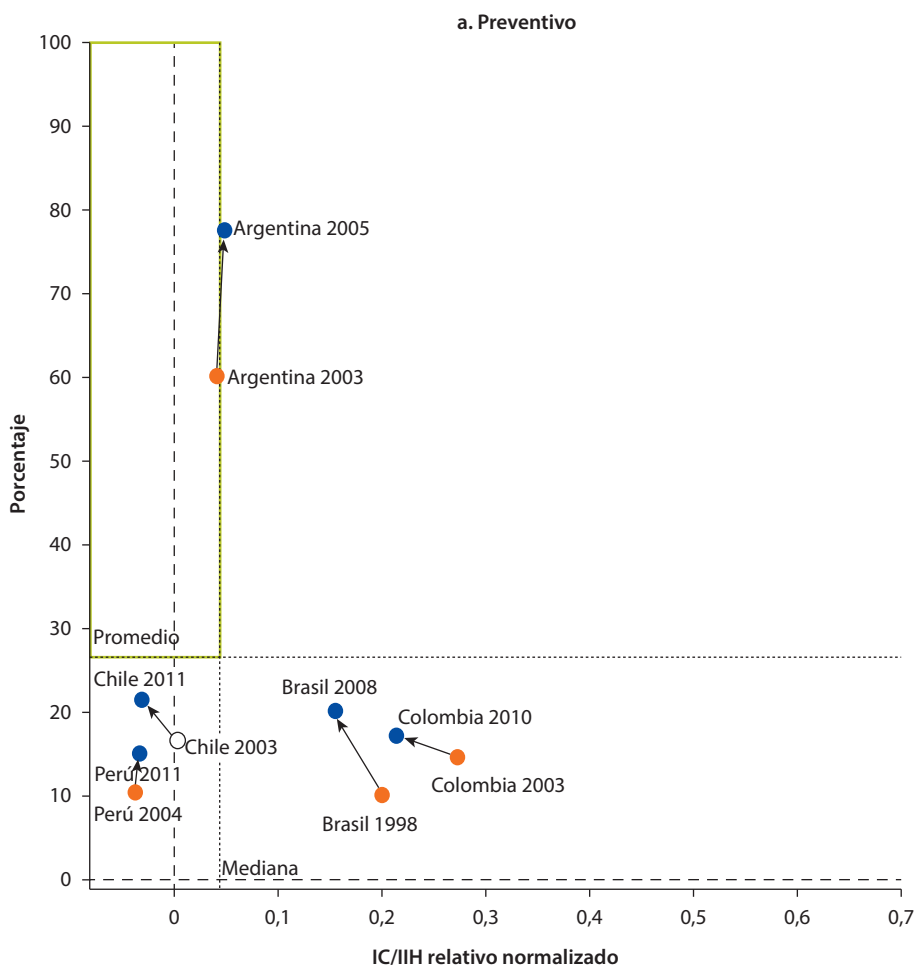


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.32 Seguimiento a grado de avance por nivel y distribución de servicios contra las ENT, 1995–2010 (o el año más cercano) (continuación)

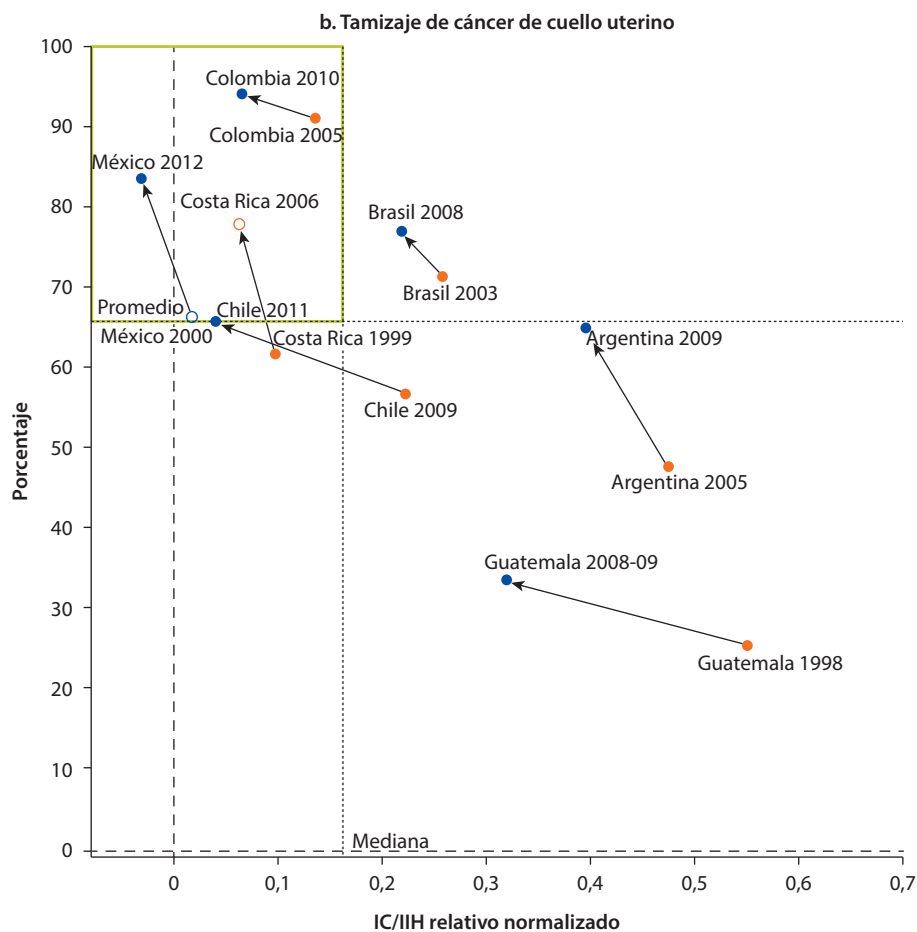
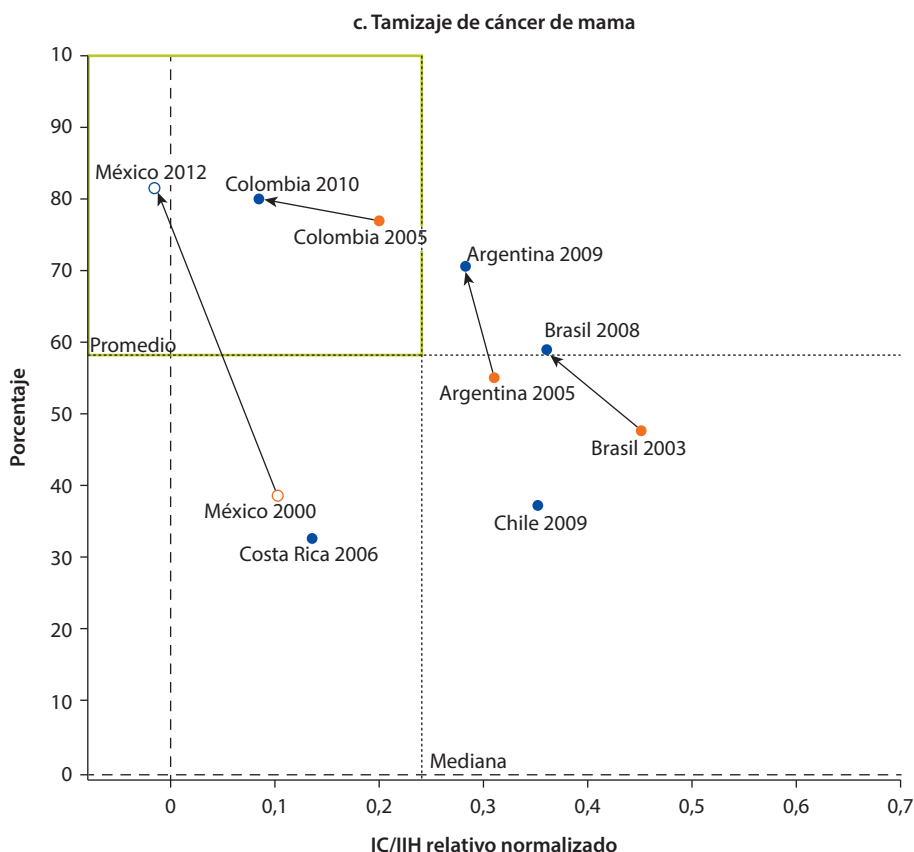


Gráfico continúa en la siguiente página

Gráfico 4.32 Seguimiento a grado de avance por nivel y distribución de servicios contra las ENT, 1995–2010 (o el año más cercano) (continuación)



Nota: El cuadrante superior izquierdo hace referencia a promedio alto en resultado y baja desigualdad; el cuadrante superior derecho significa promedio alto y alta desigualdad; el cuadrante inferior izquierdo corresponde a promedio bajo y baja desigualdad y el cuadrante inferior derecho, promedio bajo y alta desigualdad. Los puntos representan al IC/IIH estadísticamente significativo del 5 por ciento. Los círculos representan IC/IIH estadísticamente no significativo en este nivel. En azul se presenta el año más antiguo de la encuesta, mientras que en naranja el más reciente o un solo año de la encuesta. IC/IIH = índice de concentración/índice de inequidad horizontal.

riesgo (≥ 30 por ciento) de un evento cardiovascular en los próximos 10 años, lo mismo que tratamiento de los ataques al corazón con aspirina (Jamison *et al.*, 2013). Aunque los medicamentos para la reducción del riesgo cardiovascular pueden ser empaquetados con las afecciones de pólipos, hay una gran variedad de combinaciones de medicamentos que se prescriben en función de las características individuales del paciente. Esta complejidad hace que sea difícil aislar un indicador de prestación de servicios con una población meta identificable por medio de una entrevista a hogares y para la cual el objetivo fuera una cobertura del 100 por ciento.

Los registros administrativos proporcionan datos más detallados para el seguimiento al tratamiento y control de las enfermedades no transmisibles y

crónicas, sobre todo si tenemos en cuenta la calidad, que se analiza en el siguiente capítulo. Sin embargo, evaluar la dimensión de equidad (la que sostenemos como esencial para monitorear el progreso hacia la CUS) requiere del análisis de datos administrativos estratificados por la medición de nivel socioeconómico u otros determinantes sociales pertinentes. Debido a que los sistemas de información de salud tienden a no registrar el ingreso del paciente, algunos estudios han usado el lugar de residencia como una variable sustitutiva para la estratificación por nivel socioeconómico. El análisis es más robusto cuando las áreas geográficas son homogéneas, lo cual generalmente requiere información sobre el barrio de residencia. Para la mayoría, esto implicaría el perfeccionamiento de los sistemas de información de salud que se utilizan en los países en desarrollo. Los análisis de las ENT probablemente incluirán una combinación de datos administrativos y encuestas.

En su revisión exhaustiva de las evaluaciones de los sistemas de cobertura universal, Giedion, Alfonso y Díaz (2013) encuentran evidencia de su impacto positivo en la protección financiera; sin embargo, es menos convincente la evidencia de su impacto en la utilización de los servicios. Hay pocos estudios sobre el efecto de sistemas de cobertura universal en la protección financiera, y es más fuerte la evidencia de que tales programas disminuyen los gastos de bolsillo en salud en mayor proporción que los gastos catastróficos en salud. Esto puede ser debido a las limitaciones de este tipo de medición, lo cual se analizó en la sección anterior. Aunque solo cuatro estudios incluidos en el análisis evaluaron su impacto en el empobrecimiento, tres encontraron un efecto positivo. Esto sugiere que el empobrecimiento puede ser un indicador mejor que los gastos catastróficos en salud para dar seguimiento a los logros en la dimensión de protección financiera de la CUS.

El panorama es menos claro al observar nuestros resultados sobre los avances en materia de protección financiera. México es el único país que se mueve en la dirección correcta, con la disminución de los gastos catastróficos, una reducción del empobrecimiento como resultado de los gastos en salud, y una proporción cada vez menor de gastos de bolsillo en el gasto total de salud. Colombia, por un lado, ha visto una disminución en los gastos catastróficos y el empobrecimiento, pero por el otro ha experimentado un aumento en la proporción de gastos totales en salud pagados con fondos propios; en Brasil ha sucedido lo contrario. Perú ha visto empeorar estos tres indicadores. Costa Rica y México cuentan con el menor empobrecimiento causado por los gastos en salud, a pesar de la proporción elevada de gastos de bolsillo en este último país. Chile es un caso atípico, registra el nivel de gastos catastróficos en salud más alto entre los países del estudio. Es lamentable y sorprendente que la periodicidad de los datos para los indicadores de protección financiera sea escasa tanto para Chile como para Costa Rica. Del mismo modo, la próxima encuesta para obtener esta información en Brasil está programada para 2015, con lo que se ampliará en al menos dos años más la brecha actual de cinco años.

Giedion, Alfonso y Díaz (2013) también examinaron el impacto de los planes de cobertura universal en el estado de salud y encontraron que la mayoría de los

estudios no son concluyentes, aunque algunos sí demostraron un impacto positivo. Macinko *et al.* (2006) encontraron que el *Programa Saúde da Família* contribuyó con la disminución de la mortalidad infantil y otros resultados en Brasil; en una evaluación intermedia del Plan Nacer de Argentina, Gertler, Martínez y Celhay (2011) encontraron que el bajo peso al nacer y las muertes neonatales precoces disminuyeron en dos provincias; Dow y Schmeer (2003) concluyeron que la ampliación del seguro de salud en Costa Rica logró una disminución en la mortalidad infantil, aunque solo fue la causa de una pequeña porción de la disminución cuando el resto era controlado por factores confusos. Aunque la mejora del estado de salud puede ser el objetivo final de los programas para lograr la CUS, otros determinantes sociales están en juego, de los cuales varios están fuera del ámbito del sector de la salud. Por supuesto que los países deben dar seguimiento a los resultados de los indicadores de salud, pero estos por sí mismos son insuficientes para una evaluación exhaustiva de los programas dirigidos a lograr la CUS.

Las mejoras en la utilización y protección financiera son objetivos más inmediatos para estos programas. Esta relación clara, apoyada por estudios de evaluación impacto, sugiere que son buenos mecanismos de medición para vigilar el progreso hacia la CUS. Aunque útiles para que los países evalúen su evolución tanto en el tiempo como en relación con otros países, el seguimiento de estos indicadores sintéticos de ninguna manera debe sustituir las evaluaciones a profundidad del impacto de los programas individuales. Los estudios analizados por Giedion, Alfonso y Díaz (2013) revelan que el impacto de los planes de cobertura universal en la utilización y protección financiera varía según el diseño e implementación de cada programa. Las complejidades de los programas individuales detallados en el capítulo anterior no se pueden capturar plenamente a través de mediciones sencillas.

Por último, observamos que las variaciones en el acceso y utilización de los servicios de salud dependen de la disponibilidad y calidad de la atención, el transporte, la asequibilidad, el tiempo de espera, las horas de servicio, las barreras culturales e idiomáticas, la discriminación, y el conocimiento e información disponible sobre los factores de riesgo, entre otros. Estas dinámicas contribuyen a las desigualdades en los resultados en salud, incluyendo la mortalidad prematura y una mayor prevalencia de enfermedades entre los pobres y desfavorecidos (OMS, 2005). La posición socioeconómica de un individuo no existe de forma aislada y puede producir un ciclo de desventajas, incluyendo el acceso limitado a la atención en salud, la educación, la información y demás bienes y servicios (PNUD, 2005) que en su conjunto pueden afectar el comportamiento de salud. La reducción de la brecha entre ricos y pobres en cuanto a la utilización de la atención en salud necesaria requiere de la eliminación de barreras de acceso de manera que este ciclo de desventaja pueda interrumpirse. El seguimiento y evaluación de la cobertura de los servicios y la protección financiera a nivel local y nacional se tornan esenciales para asegurar que las acciones y programas correctivos puedan implementarse de manera que todos puedan acceder a los servicios que necesitan.

Notas

1. Uruguay no fue incluido porque no se tuvo acceso a los datos de la encuesta para el período de estudio.
2. Ver el cuadro 3.1 para una clasificación de los países según el nivel de segmentación de sus sistemas de salud.
3. La cobertura de las vacunas contra la influenza estacional y la influenza *haemophilus* ha aumentado, lo que explica en parte la reducción de las infecciones respiratorias.
4. Debe tenerse en cuenta que estas tasas de inmunización, obtenidas a partir de encuestas de población, son significativamente inferiores que las reportadas en la publicación anual de la OPS *Inmunización en las Américas*, basada en datos administrativos.
5. Esto puede verse con mayor claridad en los datos desglosados en el anexo C.
6. Se dice que la necesidad como “capacidad para beneficiarse” es la habilidad de un individuo para beneficiarse de la atención en salud. Según Dixon *et al.* (2011), la capacidad de beneficiarse implica que las personas con peor estado de salud tienen una mayor necesidad de atención médica.
7. La capacidad de pago se define como la disponibilidad después de haber satisfecho la subsistencia básica, esta última definida como el consumo promedio de alimentos de los hogares ubicados entre el rango que abarca los percentiles 45 a 55 de la distribución de ingresos.

Referencias bibliográficas

- Almeida, Gisele y Flávia Mori Sarti (2013), “Measuring Evolution of Income-Related Inequalities in Health and Health Care Utilization in Selected Latin American and Caribbean Countries”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 33 (2): 83–89.
- Banco Mundial (2012), *Health equity and financial protection datasheet*, de Bolivia, Brasil, Colombia, República Dominicana, Guatemala, Haití y Perú, Washington, DC: Banco Mundial., <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTHEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/EXTPAH/0,contentMDK:23159049~menuPK:400482~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:400476,00.html>.
- Bitrán, Ricardo, Rodrigo Muñoz y Lorena Prieto (2010), “Health Insurance and Access to Health Services, Health Services Use and Health Status in Peru”, en *The Impact of Health Insurance in Low and Middle Income Countries*, editado por María Luisa Escobar, Charles C. Griffin y R. Paul Shaw, Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Bonilla-Chacín, María Eugenia, ed. (2014), *Promoting Healthy Living in Latin America and the Caribbean: Governance of Multisectoral Activities to Prevent Risk Factors for Noncommunicable Diseases*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Bott, S., A. Guedes, M. Goodwin y J. A. Mendoza (2012), *Violence against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-Based Data from 12 Countries*, Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Breslau, Naomi y Edward Peterson (1996), “Smoking Cessation in Young Adults: Age and Initiation of Cigarette Smoking and Other Suspected Influences”, *American Journal of Public Health* 86 (2): 214–20.
- Cercone, James, Etoile Pinder, José Pacheco Jiménez y Rodrigo Briceno (2010), “Impact of Health Insurance on Access, Use y Health Status in Costa Rica”, en *The Impact of*

- Health Insurance in Low and Middle Income Countries*, editado por María Luisa Escobar, Charles C. Griffin y R. Paul Shaw, Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud (2008), *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*, Ginebra: OMS.
- CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2011), “Índice de marginación por entidad federativa y municipio 2010”, Ciudad de México, <http://www.conapo.gob.mx>.
- Cooper, P. J., L. C. Rodrigues, A. A. Cruz y M. L. Barreto (2009), “Asthma in Latin America: A Public Health Challenge and Research Opportunity”, *Allergy* 64 (1): 5–17.
- Costa, Eduardo, Mauricio Bregman, Denizar V. Araujo, Claudia H. Costa y Rogerio Rufino (2013), “Asthma and the Socio-Economic Reality in Brazil”, *World Allergy Organization Journal* 6 (1): 20.
- Council on Scientific Affairs (1986), “Alcohol and the Driver”, *JAMA* 255 (4): 522–27.
- Couttolenc, Bernard y Tania Dmytraczenko (2013), “Brazil’s Primary Care Strategy”, Serie de Estudios UNICO 2, Banco Mundial, Washington, DC.
- Cunningham, S. A., M. R. Kramer y K. M. V. Narayan (2014), “Incidence of Childhood Obesity in the United States”, *New England Journal of Medicine* 370: 403–11.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J. Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, Nayu Ikeda, Catherine Kyobutungi, Kelias P. Msyamboza, Sophal Oum, John W. Lynch, Michael G. Marmot y Majid Ezzati, en nombre del Grupo de Acción en ENT del Lancet (2013), “Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses”, *The Lancet* 381 (9866): 585–97.
- Dixon, Anna, Julian Le Grand, John Henderson, Richard Murray y Emmi Poteliakhoff (2003), “Is the NHS Equitable? A Review of Evidence”, documento para discusión sobre salud y asistencia social de la LSE 11, London School of Economics, Londres.
- (2011), “Is the NHS Equitable? A Review of Evidence”, LSE Health and Social Care, London School of Economics and Political Science, Londres.
- Dow, William H. y Kammi K. Schmeer (2003), “Health Insurance and Child Mortality in Costa Rica”, *Social Science & Medicine* 57: 975–86.
- Fink, Günther, Isabel Günther y Kenneth Hill (2011), “The Effect of Water and Sanitation on Child Health: Evidence from the Demographic and Health Surveys 1986–2007”, *International Journal of Epidemiology* 40: 1196–204.
- Fiszbein, Ariel, Norbert Rudiger Schady y Francisco H. G. Ferreira (2009), *Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Forouzanfar, Mohammad H., Kyle J. Foreman, Allyne M. Delossantos, Rafael Lozano, Alan D. Lopez, Christopher J. L. Murray y Mohsen Naghavi (2011), “Breast and Cervical Cancer in 187 Countries between 1980 and 2010: A Systematic Analysis”, *The Lancet* 378 (9801): 1461–84.
- Frenz, Patricia, Iris Delgado, Jay S. Kaufman y Sam Harper (2013), “Achieving Effective Universal Health Coverage with Equity: Evidence from Chile”, *Health Policy and Planning* 29 (6): 717–31.
- Gakidou, Emmanuela, Krycia Cowling, Rafael Lozano y Christopher J. L. Murray (2010), “Increased Educational Attainment and Its Effect on Child Mortality in 175 Countries between 1970 and 2009: A Systematic Analysis”, *The Lancet* 376 (9745): 959–74.

- Gertler, Paul, Sebastián Martínez y Pablo Celhay (2011), "Impact of Plan Nacer on the Use of Services and Health Outcomes: Intermediate Results Using Administrative Data from Misiones and Tucuman Provinces", Banco Mundial, Washington, DC.
- Giedion, Ursula, Eduardo Andrés Alfonso y Yadira Díaz (2013), "The Impact of Universal Coverage Schemes in the Developing World: A Review of the Existing Evidence", Serie de Estudios UNICO 25, Banco Mundial, Washington, DC.
- Giedion, Ursula y Manuela Villar Uribe (2009), "Colombia's Universal Health Insurance Scheme", *Health Affairs* 28 (3): 853–63.
- González, Rogelio, Jennifer Harris Requejo, Jyh Kae Nien, Mario Merialdi, Flávia Bustreo y Ana Pilar Betrán (2009), "Tackling Health Inequities in Chile: Maternal, Newborn, Infant y Child Mortality between 1990 and 2004", *American Journal of Public Health* 99 (7): 1220–26.
- Gragnotati, Michele, Magnus Lindelow y Bernard Couttolenc (2013), *Twenty Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Único de Saúde*, Washington, DC: Banco Mundial.
- HHS (United States Department of Health and Human Services) (2014), *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*, Centers for Disease Control and Prevention, Coordinating Center for Health Promotion, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Atlanta, GA: HHS.
- Ider, E. L. y. Benyamini (1997), "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies", *Journal of Health and Social Behavior* 38: 21–37.
- IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation) (2010), "Global Burden of Disease Compare, Latin America and Caribbean, DALYs, Both Sexes, under 5 Years", Universidad de Washington, Seattle, <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare>.
- IHME (Institute of Health Metrics and Evaluation) y Banco Mundial (2013), *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy: Latin America and Caribbean Regional Edition*, Seattle, WA: Institute of Health Metrics and Evaluation.
- Jamison, Dean T., Joel G. Breman, Anthony R. Measham, George Alleyne, Mariam Claeson, David B. Evans, Prabhat Jha, Anne Mills y Philip Musgrove, eds. (2006), *Priorities in Health*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Jamison, Dean T., Lawrence H. Summers, George Alleyne, Kenneth J. Arrow, Seth Berkley, Agnes Binagwaho, Flávia Bustreo, David Evans, Richard G. A. Feachem, Julio Frenk, Gargee Ghosh, Sue J. Goldie, Yan Guo, Sanjeev Gupta, Richard Horton, Margaret E. Kruk, Adel Mahmoud, Linah K. Mohohlo, Mthuli Ncube, Ariel Pablos-Méndez, K. Srinath Reddy, Helen Saxenian, Agnes Soucat, Karen H. Ulltveit-Moe y Gavin Yamey (2013), "Global Health 2035: A World Converging within a Generation", *The Lancet* 382 (9908): 1898–955.
- Jiménez, Jorge y María Inés Romero (2007), "Reducing Infant Mortality in Chile: Success in Two Phases", *Health Affairs* 26 (2): 458–65.
- Knaul, Felicia Marie, Eduardo González-Pier, Octavio Gómez-Dantés, David García-Junco, Héctor Arreola-Ornelas, Mariana Barraza-Lloréns, Rosa Sandoval, Francisco Caballero, Mauricio Hernández-Ávila, Mercedes Juan, David Kershenobich, Gustavo Nigenda, Enrique Ruelas, Jaime Sepúlveda, Roberto Tapia, Guillermo Soberón, Salomón Chertorivski y Julio Frenk (2012), "The Quest for Universal Health Coverage: Achieving Social Protection for all in Mexico", *The Lancet* 380 (9849): 1259–79.

- Laxminarayan, Ramanan y Lori Ashford (2008), "Using Evidence about 'Best Buys' to Advance Global Health", Proyecto de Prioridades de Control de Enfermedades.
- Liu, Li, Hope L. Johnson, Simon Cousens, Jamie Perin, Susana Scott, Joy E. Lawn, Igor Rudan, Harry Campbell, Richard Cibulskis, Mengying Li, Colin Mathers y Robert E. Black, para el Grupo de Referencia en Epidemiología de la Salud Infantil (CHERG) de la OMS y UNICEF (2012), "Global, Regional y National Causes of Child Mortality: An Updated Systematic Analysis for 2010 with Time Trends Since 2000", *The Lancet* 379 (9832): 2151–61.
- Lora, Eduardo (2012), "Health Perceptions in Latin America", *Health Policy and Planning* 27 (7): 555–69.
- Macinko, James, Frederico C. Guanais, Maria de Fátima y Marinho de Souza (2006), "Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002", *Journal of Epidemiology and Community Health* 60 (1): 13–19.
- Marcus, M., M. T. Yasamy, M. Van Ommeren, D. Chisholm y S. Saxena (2012), "Depression: A Global Public Health Concern", Federación Mundial de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Perth, Australia.
- Mayhew, D. R., A. C. Donelson, D. J. Beirness y H. M. Simpson (1986), "Youth, Alcohol and Relative Risk of Crash Involvement", *Accident, Analysis & Prevention* 18 (4): 273–87.
- Miller, Anthony B., Claus Wall, Cornelia J. Baines, Ping Sun, Teresa To y Steven A. Narod (2014), "Twenty-Five Year Follow-Up for Breast Cancer Incidence and Mortality of the Canadian National Breast Screening Study: Randomised Screening Trial", *British Medical Journal* 348: 1–10.
- Mossey, Jana M. y Evelyn Shapiro (1982), "Self-Rated Health: A Predictor of Mortality among the Elderly", *American Journal of Public Health* 72 (8): 800–8.
- Mukhtar, Toqir K., David R. G. Yeates y Michael J. Goldacre (2013), "Breast Cancer Mortality Trends in England and the Assessment of the Effectiveness of Mammography Screening: Population-Based Study", *Journal of the Royal Society of Medicine* 106 (6): 234–42.
- Neffen, Hugo, Carlos Fritscher, Francisco Cuevas Schacht, Gur Levy, Pascual Chiarella, Joan B. Soriano y Daniel Mechali (2005), "Asthma Control in Latin America: The Asthma Insights and Reality in Latin America (AIRLA) Survey", *Revista Panamericana de Salud Pública* 17 (3): 191–97.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2004), *Towards High-Performing Health Systems*, París: OCDE.
- (2011), *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, París: OCDE, doi: 10.1787/health_glance-2011-en.
- O'Donnell, Owen A. y Adam Wagstaff (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and their Implementation*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Omer, Saad B., Daniel A. Salmon, Walter A. Orenstein, M. Patricia de Hart y Neal Halsey (2009), "Vaccine Refusal, Mandatory Immunization y the Risks for Vaccine-Preventable Diseases", *New England Journal of Medicine* 360 (19): 1981–88.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2005), "Action on the Social Determinants of Health: Learning from Previous Experiences", Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

- (2008), *Informe sobre la salud en el mundo: La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca*, Ginebra: OMS.
- (2010), *Informe sobre la salud en el mundo: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- (2011), *Global Status Report on Alcohol and Health*, Ginebra: OMS, http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en
- OMS y Banco Mundial (2014), "Monitoring Progress toward Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework", documento para discusión conjunto de la OMS/Grupo Banco Mundial, OMS y Banco Mundial, Washington, DC.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2012), "Health in the Americas: Regional Outlook and Country Profiles", OPS, Washington, DC.
- (2013), *Cancer in the Americas: Country Profiles 2013*, Washington, DC: OPS.
- (2014), *Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal en Salud*, 53.º Consejo Directivo, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 29 de septiembre al 3 de octubre de 2014, Washington, DC: OPS (documento CD53/5, rev. 2).
- Pearce, Neil, Nadia Ait-Khaled, Richard Beasley, Javier Mallol, Ulrich Keil, Ed Mitchell y Colin Robertson (2007), "Worldwide Trends in the Prevalence of Asthma Symptoms: Phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)", *Thorax* 62 (9): 758–66.
- PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo) (2005), *Inequality in Health and Human Development*, Nueva York: PNUD.
- Rasella, Davide, Rosana Aquino y Mauricio L. Barreto (2010), "Reducing Childhood Mortality from Diarrhea and Lower Respiratory Tract Infections in Brazil", *Pediatrics* 126 (3): e534–40.
- Richardson, Vesta, Joselito Hernández-Pichardo, Manjari Quintanar-Solares, Marcelino Esparza-Aguilar, Brian Johnson, Cesar Misael Gómez-Altamirano, Umesh Parashar, y Manish Patel (2010), "Effect of Rotavirus Vaccination on Death from Childhood Diarrhea in Mexico", *New England Journal of Medicine* 362 (4): 299–305.
- Rudan, Igor, Cynthia Boschi-Pinto, Zrinka Biloglav, Kim Mulholland y Harry Campbell (2008), "Epidemiology and Etiology of Childhood Pneumonia", *Bulletin of the World Health Organization* 86 (5): 408–16.
- Seguridad, Justicia y Paz (2013), "Metodología del ranking (2013) de las 50 ciudades más violentas del mundo", <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/biblioteca/summary/5-prensa/177-por-tercer-ano-consecutivo-san-pedro-sula-es-la-ciudad-mas-violenta-del-mundo>.
- Shengelia, Bakhuti, Ajay Tandon, Orvill B. Adams y Christopher J. L. Murray (2005), "Access, Utilization, Quality and Effective Coverage: An Integrated Conceptual Framework and Measurement Strategy", *Social Science & Medicine* 61 (1): 97–109.
- Tabár, Laszlo, Bedrich Vitak, Tony Hsiu-His Chen, Amy Ming-Fang Yen, Anders Cohen, Tibor Tot, Sherry Yueh-Hsia Chiu, Sam Li-Sheng Chen, Jean Ching-Yuan Fann, Johan Rosell, Helena Fohlin, Robert A. Smith y Stephen W. Duffy (2011), "Swedish Two- County Trial: Impact of Mammographic Screening on Breast Cancer Mortality during 3 Decades", *Radiology-Radiological Society of North America* 260 (3): 658.

- Torres, A., O. L. Sarmiento, C. Stauber y R. Zarama (2013), "The Ciclovía and Cicloruta Programs: Promising Interventions to Promote Physical Security and Social Capital in Bogotá, Colombia", *American Journal of Public Health* 103 (2): e23–30.
- UNICEF (Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas), Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial y Naciones Unidas (2013), *Levels and Trends in Child Mortality Report 2013: Estimates Developed by the UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation*, Nueva York: UNICEF.

Evaluación del avance hacia la cobertura universal en salud: Más allá de la utilización y la protección financiera

Magnus Lindelow, Saskia Nahrgang, Tania Dmytraczenko, Fátima Marinho y Lane Alencar

Resumen

Las evaluaciones del avance hacia la cobertura universal en salud tienden a enfocarse en el análisis de la utilización de los servicios de salud, los derechos formales o elegibilidad para acceder a los servicios y las medidas de protección financiera. Sin embargo, si nuestra preocupación es evaluar hasta qué punto todas las personas pueden obtener la atención médica que necesitan sin dificultades financieras, los indicadores en estas áreas presentan limitaciones importantes. De hecho, la ampliación de la cobertura de la atención médica, en el sentido de tornar los servicios de salud más asequibles y accesibles, no se traduce automáticamente en mejores resultados en materia de salud. En este sentido, el capítulo 5 complementa el análisis de los patrones de utilización, cobertura y protección financiera en América Latina y el Caribe (LAC) con una revisión de lo que se sabe en términos del vínculo entre la utilización y los resultados en materia de salud. Se examinan también las necesidades insatisfechas en asistencia médica, atención oportuna y calidad de los servicios de salud; áreas en las cuales la medición tiende a ser más difícil que en el caso de la utilización y la protección financiera. Aunque los datos que permiten comparaciones entre países son limitados, los estudios y datos de monitoreo disponibles de los países seleccionados proporcionan suficiente información que resalta la importancia de estos aspectos y apunta la necesidad de desarrollar la recolección y presentación más sistemática de la información sobre calidad y acceso oportuno a la atención en la región.

Introducción

Aunque a menudo no se señala explícitamente en la definición de cobertura universal en salud (CUS) —“garantizar que todas las personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin tener que experimentar dificultades financieras” (OMS y Banco Mundial, 2014, 1)—, el concepto subyace en la idea que las personas pueden acceder a servicios de calidad eficaces para tratar las condiciones que les afectan. Sin embargo, las evaluaciones sobre el grado de avance hacia la construcción de la CUS tienden a centrarse en los derechos formales y en la elegibilidad para acceder a los servicios (por ejemplo, la cobertura de los seguros), utilización de servicios médicos (por ejemplo, el número de consultas o porcentaje de la población beneficiaria que recibe una intervención particular) y las medidas de protección financiera (por ejemplo, el porcentaje de la población que cae en la pobreza por razones de gastos médicos). Obviamente, estos son temas críticos. Pero si la preocupación es evaluar el grado en que todas las personas pueden obtener la atención médica que necesitan sin dificultades financieras, los indicadores tradicionales presentan serias limitantes (véase, por ejemplo, Savedoff, 2009).

Consideremos el caso de las enfermedades cardíacas, que ahora representan una gran parte de la tasa de mortalidad y de la carga de enfermedad en LAC. Para los pacientes con un mayor riesgo de enfermedades cardíacas o con complicaciones asociadas a esta condición, la atención médica que necesitan es compleja. La CUS implicaría la amplia ejecución de programas de prevención primaria comprobados. También, significaría un diagnóstico temprano y, una vez realizado el diagnóstico, un control efectivo mediante el monitoreo regular de la presión arterial y colesterol, y apoyo para cambiar los hábitos relacionados con la salud como el tabaquismo y la alimentación, así como la prescripción del medicamento adecuado. De igual manera, esto significaría una atención de emergencia oportuna y eficaz en caso de presentarse un infarto o accidente cerebrovascular. Este ejemplo pone de manifiesto la complejidad del concepto de necesidad de los servicios médicos, el cual es fundamental en la definición de la CUS. Asimismo, se destaca la importancia de la atención oportuna y de calidad para garantizar la satisfacción de las necesidades médicas.

También, las limitaciones de los indicadores simples de utilización y protección financiera son evidentes en el caso de la atención prenatal (APN). Un indicador típico de cobertura se enfoca en el porcentaje de mujeres embarazadas que asisten a un número determinado de consultas de APN. No obstante, la atención debe ser efectiva para que estas visitas mejoren los resultados del embarazo. Las enfermeras o médicos deben comunicarse de forma efectiva con las embarazadas, realizar de manera correcta los exámenes y pruebas adecuadas, asegurarse que se comuniquen los resultados de las pruebas y se haya actuado oportunamente, identificar los riesgos, tomar las acciones apropiadas, etc.

Estos ejemplos dejan en claro que la ampliación de beneficios cubiertos, en el sentido de tornar los servicios médicos cada vez más asequibles y accesibles, no se traduce automáticamente en mejores resultados en materia de salud;

dichos logros dependen en igual medida de mejorar la calidad de la atención. De hecho, incluso en los países con altos ingresos que poseen un largo historial de cobertura poblacional universal, se observan grandes disparidades en los resultados en salud. Estas disparidades se deben, en parte, a factores económicos, sociales y ambientales. Sin embargo, estas diferencias entre los países persisten aunque nos concentremos en los indicadores que siguen de cerca el desempeño del sistema de salud, tales como la tasa de mortalidad por causa evitable, supervivencia de cáncer o infarto, o el índice de complicaciones derivadas de enfermedades crónicas como la diabetes. Además, también subsiste a nivel interno de los países una variación significativa en la oportunidad y calidad de la atención. Los pobres enfrentan mayores problemas no solo para acceder a los servicios, sino también para recibir una adecuada atención de los proveedores. Dejando de lado por el momento las diversas interpretaciones sobre la atención oportuna y de calidad y cómo estos dos elementos deben cuantificarse, reconozcamos que 1) son dimensiones claves del desempeño del sistema de salud y 2) pueden abrir una importante brecha entre la utilización y los resultados.

El objetivo de este capítulo es complementar el análisis de los patrones de cobertura poblacional, de utilización de los servicios y de protección financiera en LAC mediante la revisión selectiva de los vínculos entre la utilización y los resultados en materia de salud. En concreto, se examinarán las necesidades insatisfechas, las oportunidades de atención y la calidad de los servicios de salud. Estos son aspectos centrales de la CUS: las necesidades de atención médica que no pueden cubrirse eficazmente sin un sentido claro de lo que necesita la población, a menos que la atención sea oportuna y con la calidad idónea. En correspondencia con los capítulos anteriores, este capítulo también toma en consideración los problemas de distribución en relación con el acceso oportuno y de calidad. Aunque lo aborda de forma limitada, sugiere que las desventajas en el acceso y la protección financiera que enfrentan los pobres y otros grupos vulnerables se ven agravadas por las desigualdades en la calidad de los servicios médicos que se les ponen a disposición.

El capítulo tiene como propósito estimular una mayor apreciación del por qué es importante monitorear de forma sistemática y analizar la oportunidad y la calidad de la atención médica, así como enlazar dichos esfuerzos con el análisis de las políticas y el debate público sobre la CUS. El enfoque del capítulo es selectivo de manera intencional. No se revisan todas las políticas y programas en LAC con miras a lograr un acceso oportuno y de mejor calidad, ya que dicho esfuerzo garantizaría un informe por derecho propio. De igual forma, no pretende ser un estudio integral sobre el desempeño del sistema de salud. De hecho, muchas dimensiones importantes del desempeño del sistema de salud no se incluyeron en este capítulo porque son abordadas en otras secciones de esta publicación o porque simplemente están relacionadas indirectamente con el avance hacia la construcción de la CUS (por ejemplo, eficiencia)¹. Por último, el capítulo también es selectivo en cuanto a los países analizados y alcance del análisis comparativo. Muchos países de la región presentan datos limitados sobre el grado de insatisfacción, calidad y puntualidad del servicio de salud. Los datos disponibles incluso

carecen de estandarización y, por lo tanto, no son aptos para realizar comparaciones. A pesar de estas limitaciones, los estudios y los datos de monitoreo de los países seleccionados generan una imagen suficiente para resaltar la importancia de estos temas y posiblemente para incentivar los esfuerzos dedicados a desarrollar abordajes más sistemáticos para la recopilación y presentación de información sobre la oportunidad y calidad de la atención en la región.

El capítulo está organizado en cinco secciones. La primera sección ofrece un marco para examinar la CUS más allá de los indicadores básicos de la utilización de los servicios y de la protección financiera. Partiendo de este marco, la segunda sección nos presenta un resumen de los desafíos que surgen al evaluar el grado de avance hacia la CUS cuando la población beneficiaria de una intervención particular, o la necesidad de servicios de salud, no resulta patente. En la sección tres, se destaca la importancia de la puntualidad del acceso a la atención y la creciente preocupación con las listas y tiempos de espera en la región. La cuarta sección nos brinda un resumen sobre la importancia de la calidad técnica de la atención médica para determinar si las mejoras en el acceso y la utilización de los servicios de salud se traducen en mejores resultados en materia de salud. En la última sección, se discute cómo puede evaluarse la calidad y eficacia del sistema de salud con base en las investigaciones e indicadores que se enfocan en los resultados reales en materia de salud.

Más allá de la utilización de los servicios de salud: Un marco de análisis de los problemas

Para algunos tipos de intervenciones en salud, la cobertura es relativamente fácil de evaluar. Por ejemplo, en el caso de las intervenciones básicas dirigidas hacia un grupo beneficiario claramente definido, como las vacunas infantiles, las medidas simples de cobertura proporcionan un cuadro relativamente exacto de la medida en que se han cumplido las necesidades². Sin embargo, para algunas intervenciones es mucho más difícil evaluar si un paciente ha recibido los servicios correctos, en el momento adecuado, brindados de manera apropiada y con un seguimiento adecuado. De hecho, surgen tres problemas. En primer lugar, si la población beneficiaria de una intervención está definida con base en un diagnóstico, en vez de criterios demográficos específicos (por ejemplo, hipertensión o diabetes), es difícil determinar la cobertura. En segundo lugar, para muchos tipos de atención, el acceso oportuno es fundamental y este aspecto tiende a quedar a no ser capturado por la mayoría de los datos utilizados. En tercer lugar, la atención proporcionada debe ser apropiada (es decir, coherente con la práctica clínica recomendada) dado un diagnóstico particular (y correcto).

Estas preocupaciones guardan una estrecha relación con una extensiva y bien establecida literatura que aborda la calidad de la atención médica, y la que ha resaltado cómo, al combinar la subutilización, el abuso y el uso inadecuado de medicamentos y procedimientos, muchos sistemas de salud fracasan en alcanzar los resultados y la eficiencia esperada. Una definición usada comúnmente para definir la “calidad de atención médica” es “el grado en que los

servicios de atención médica para los individuos y población aumentan la probabilidad de alcanzar los resultados deseados y son coherentes con los conocimientos profesionales actuales” (Instituto de Medicina de las Academias Nacionales, 2001; Lohr, 1990; OMS, 2006). Con la tecnología y práctica médica que cada vez son más complejas, el aumento de las enfermedades crónicas que necesitan coordinación y continuidad de la atención y la creciente preocupación por el aumento de los costos, la calidad de la atención médica ha ganado protagonismo. El monitoreo y las mejoras en la calidad son en la actualidad aspectos centrales para muchos marcos nacionales que giran alrededor del desempeño del sistema de salud.

Aunque existe amplio consenso sobre una definición general de calidad, los detalles concernientes a los elementos de calidad y las metodologías de medición varían entre los marcos y estudios. En algunos casos, la atención médica de calidad se define de forma estricta, enfocándose en la efectividad, seguridad y enfoque en el paciente o receptividad de la atención (Arah *et al.*, 2006; Kelley y Hurst, 2006). Sin embargo, la provisión de atención médica coherente con una buena práctica clínica está intrínsecamente entrelazada con el acceso. Por lo tanto, muchos marcos de calidad amplían la definición de calidad para incluir la puntualidad, la equidad y la eficiencia (Arah *et al.*, 2006; Campbell, Roland y Buetow, 2000; OMS, 2006). Por otra parte, medir la calidad de la atención médica típicamente cubre las dimensiones de la estructura, proceso y resultado, donde “estructura” se refiere a las características de las instalaciones y proveedores de atención médica, “proceso” se refiere a la interacción entre los proveedores y pacientes, y “resultados” se refiere a los cambios manifiestos en el estado de salud del paciente (Donabedian, 1980).

El concepto *cobertura efectiva* es un abordaje que se ha introducido para vincular la cobertura con la calidad mediante la cuantificación de la brecha entre los beneficios reales y potenciales de los servicios médicos (Shengelia, Murray y Adams, 2003). La cobertura efectiva se define como alcanzar la salud esperada a partir de una intervención particular de lograr la salud potencial posible con el desempeño óptimo de los proveedores en un determinado sistema de salud. Un número de factores pueden abrir una brecha entre la salud potencial y esperada que se puede lograr, entre ellos la falta de infraestructura, equipos y proveedores (brecha en la disponibilidad de recursos); el acceso físico limitado de algunos grupos a los proveedores (brecha en la disponibilidad física); las barreras de costo (brecha en la asequibilidad); los conflictos con las creencias religiosas o prácticas culturales (brecha en la aceptabilidad cultural); los servicios prestados podrían ser inadecuados o de mala calidad, lo que limita su efectividad (opción estratégica y brechas en la calidad de los proveedores), y la incapacidad de los pacientes en apegarse al tratamiento sugerido (brecha en la adherencia). Lo anterior guarda consistencia con el concepto de “eficacia” que muestra la literatura sobre calidad de la atención médica, la cual se refiere al grado de cumplimiento de los resultados deseados mediante la correcta provisión de los servicios de atención médica basados en la evidencia para todos los que podrían beneficiarse y no para aquellos que no lo harían (Ara *et al.*, 2006)³.

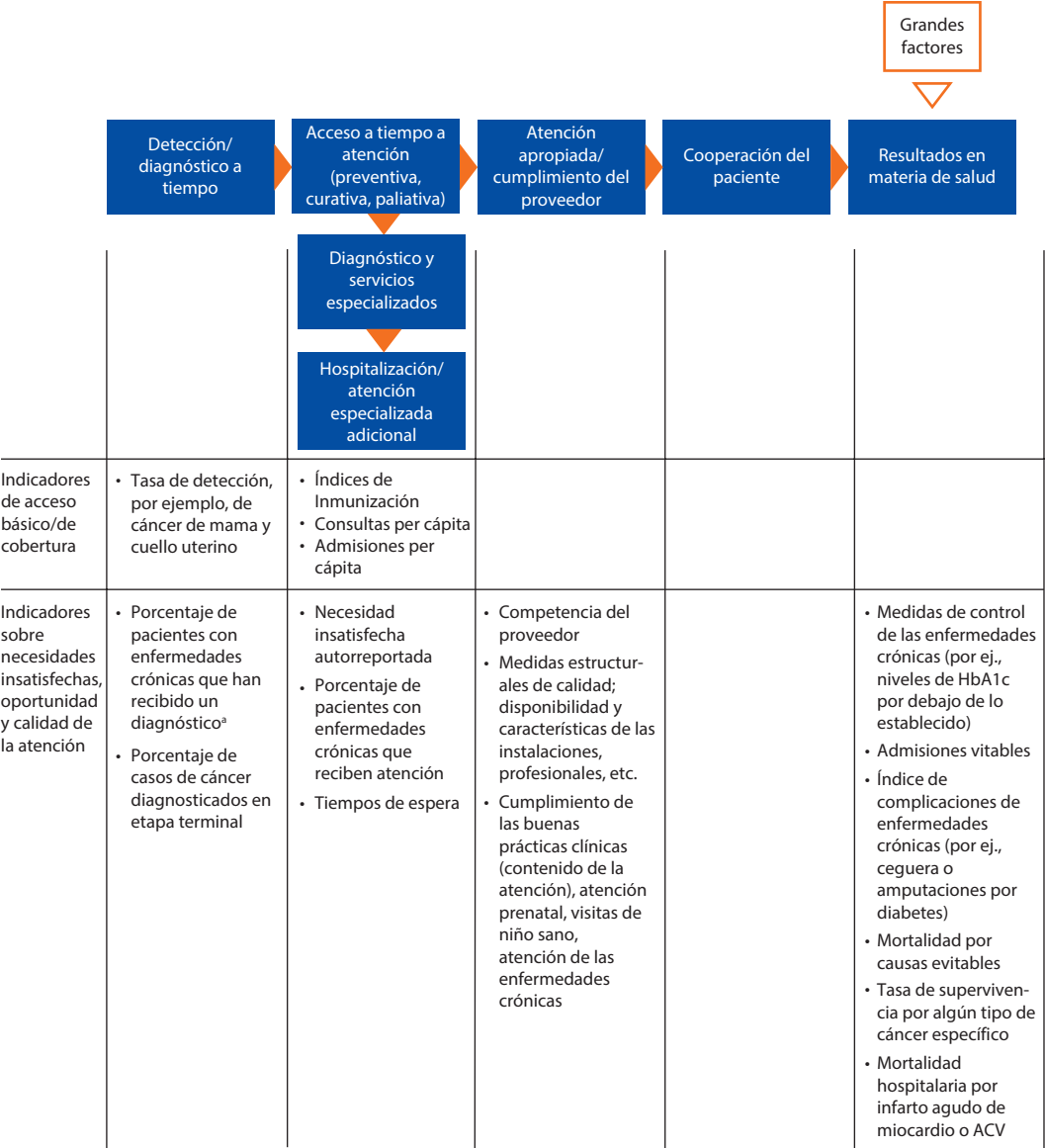
Este capítulo adopta un enfoque más estrecho que busca abordar las brechas claves de los anteriores capítulos y gran parte de la literatura existente sobre la CUS tomando en cuenta las limitaciones de datos y evidencia disponibles. Concretamente, se enfoca en lo que se conoce acerca de las necesidades insatisfechas, la puntualidad y calidad de la atención (en el sentido estricto de consistencia con una buena práctica clínica) en América Latina y el Caribe (LAC), y cómo los problemas en estas áreas se relacionan con uno de los objetivos principales de todo sistema de salud: léase, mejorar el nivel y la distribución de los resultados en salud en la población. Para enmarcar estos aspectos, es útil considerar una vía simplificada de atención en salud, que arranque con la detección y diagnóstico oportunos, pasando por el acceso oportuno a la atención, la calidad técnica de los servicios médicos y la cooperación del paciente y finalizando con los resultados en materia de salud (gráfico 5.1). Los indicadores básicos de acceso pueden arrojar alguna luz sobre los dos primeros eslabones en esta cadena, pero solo muy parcialmente, y no tienen nada que aportar en cuanto a la calidad técnica o si el acceso se traduce en resultados en materia de salud. Para abordar estas deficiencias, el marco propuesto se apoya en la literatura y los marcos existentes sobre el tema de la calidad, a fin de identificar los indicadores complementarios. El resto del capítulo aborda cada una de las áreas para revisar los datos y evidencia en la región de LAC sobre la relación entre el acceso y los resultados.

El marco propuesto obviamente deja fuera muchos temas importantes del ámbito del análisis. Los aspectos de disponibilidad, acceso y asequibilidad fueron abordados en detalle en el capítulo 4 y también son la base de los esfuerzos nacionales e internacionales para monitorear la CUS. El capítulo también adopta una perspectiva limitada sobre la calidad, dejando a un lado los aspectos de satisfacción (y temas afines como receptividad de los servicios, enfoque en el paciente y aceptabilidad cultural), así como seguridad del paciente porque tienen una menor relación directa con la CUS (la cadena entre la necesidad, la utilización y el resultado) y además porque la región dispone de pocos datos comparables. Finalmente, en el capítulo solo se incluye una discusión limitada sobre las medidas de calidad estructural, tales como recursos humanos, tecnología médica y farmacéutica. En el capítulo 4 se contemplan algunos análisis sobre el nivel y distribución de los recursos o insumos del sistema de salud, y el enfoque de este capítulo más bien se centra en los problemas de capacidad y organización que dificultan lograr una mejor calidad y mejores resultados.

Cobertura universal en salud, necesidad insatisfecha y diagnóstico de enfermedades

Una premisa fundamental del concepto de CUS es satisfacer las necesidades de atención médica de manera efectiva. Aunque la necesidad de atención médica es evidente en el caso de enfermedades agudas, la atención efectiva de la mayoría de condiciones crónicas depende del diagnóstico y del tratamiento incluso antes que los síntomas sean evidentes. No obstante, en muchos países, una proporción significativa de los pacientes hipertensos y diabéticos no han sido diagnosticados. Algo similar ocurre en el caso del cáncer que a

Gráfico 5.1 Un marco simple de indicadores para evaluar la CUS



Nota: a. Número de pacientes con enfermedades crónicas basados en la prevalencia estimada o marcadores biológicos en las encuestas.

menudo es detectado y diagnosticado cuando ya es muy tarde. Estos ejemplos destacan la necesidad de contar con información detallada derivada de encuestas especializadas y datos administrativos para monitorear el avance hacia la CUS.

El primer paso para garantizar que se atiendan con efectividad las necesidades de atención médica es asegurar que los pacientes y proveedores reconozcan las necesidades de manera oportuna. Tal como se dijo antes, algunas necesidades

pueden establecerse con facilidad. Por ejemplo, la mayoría de los países poseen programas claros para la APN y vacunación de la niñez que van dirigidos a una población definida (todas las mujeres embarazadas y los niños en un rango de edad determinado, respectivamente). Con servicios de esta naturaleza, ya existe una base disponible para determinar el grado en que se están atendiendo las necesidades de atención médica. Otro abordaje para evaluar la necesidad insatisfecha es simplemente preguntar en los hogares si en algún momento en los últimos 6 o 12 meses sintieron que necesitaban atención médica, pero no la recibieron. Dichos datos a menudo se recopilan en las encuestas de hogares y pueden arrojar luz sobre la necesidad insatisfecha y darnos las razones del por qué las necesidades percibidas no fueron satisfechas (recuadro 5.1).

Recuadro 5.1 Ilustración de datos sobre necesidades insatisfechas, tomados de la OCDE y Brasil

La OCDE informa de forma rutinaria sobre las necesidades insatisfechas de atención médica (ver, por ejemplo, OCDE, 2011). Los datos sobre los indicadores de necesidades insatisfechas provienen de encuestas y entrevistas de salud a nivel nacional e internacional, entre ellas la Encuesta Europea de Ingresos y Condiciones de Vida (EU-SILC) y las encuestas internacionales sobre políticas en materia de salud realizadas por el Commonwealth Fund. Normalmente, se les pregunta a los encuestados si en algún momento durante los últimos 12 meses necesitaron acudir a los servicios de atención médica, pero no los recibieron, con preguntas de seguimiento del por qué no se satisfizo la necesidad de atención.

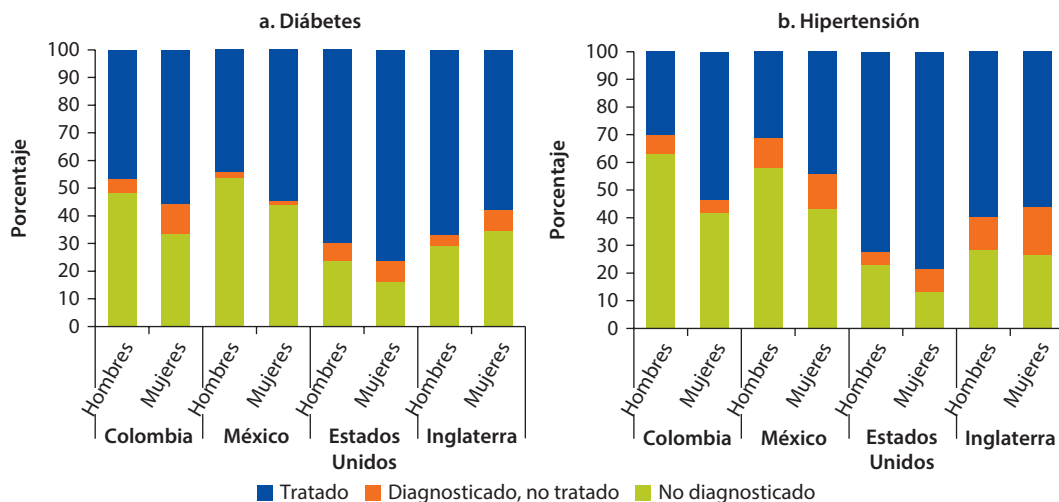
En muchos países de la OCDE, las necesidades insatisfechas son muy bajas (menor al 3 por ciento en todos los grupos de ingresos). Algunos países tienen un mayor índice de necesidad insatisfecha, sin embargo, ocurre en los hogares con bajos ingresos. Por ejemplo, más del 10 por ciento de los hogares del quintil inferior reportó deficiente atención médica durante el último año en Grecia, Italia y Polonia.

Algunos países de LAC también llevan datos sobre la necesidad insatisfecha de salud. Por ejemplo, en varias rondas de la encuesta nacional de hogares en Brasil, denominada *Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios*, se consultó sobre la falta de uso de los servicios de atención médica cuando se percibe una necesidad. En el caso de Brasil, no existe una clara tendencia que se ponga de manifiesto durante la última década sobre la falta de utilización de los servicios para las personas que reporten un episodio de enfermedad. Sin embargo, se reporta un cambio significativo en la importancia relativa del por qué no buscan atención (Gragnolati, Lindelow y Couttolenc, 2013). En particular, en las últimas dos décadas ha disminuido la proporción de hogares que reportan falta de dinero (para servicios o transporte) como una justificación para no utilizar los servicios que necesitan, específicamente aquellos en la parte baja de la distribución de los ingresos. De igual manera, existe evidencia que la expansión de la infraestructura y la dotación de personal han permitido una mayor disposición de servicios, con menos hogares que reportan el acceso o transporte como las razones para no buscar atención. Por otro lado, han aumentado las justificaciones relacionadas con las instalaciones (falta de personal apático, planificación inadecuada, tiempo de espera), convirtiéndose en el principal motivo para no buscar atención.

Con condiciones como hipertensión, diabetes y cáncer, la capacidad de personas para auto-diagnosticarse y evaluar sus necesidades médicas es limitada, ya sea por la complejidad de la condición o porque esta puede ser asintomática. La diabetes y la hipertensión son grandes factores de riesgo independientes de las ECV y la principal causa de muerte en LAC en las últimas dos décadas⁴. Al menos, estos costos son en parte evitables. Simplemente al controlar el nivel de glucosa en sangre, el riesgo de un evento por ECV puede reducirse un 42 por ciento y el riesgo de un ataque cardíaco, infarto o muerte causada por ECV un 57 por ciento (DCCT/EDIC, 2005, Study Research Group). Además, pueden evitarse las complicaciones asociadas con la hiperglucemia prolongada y una serie de ensayos clínicos han demostrado que una reducción en la presión arterial puede disminuir el riesgo de infarto al miocardio entre un 20 y un 25 por ciento, de embolia cerebral entre un 35 y un 40 por ciento, y de paro cardíaco un 50 por ciento (Staessen, Wang y Thijs, 2001).

Para condiciones como la hipertensión y la diabetes, el diagnóstico/tratamiento oportuno depende del acceso a una atención primaria eficaz, remisión apropiada a los servicios de diagnóstico/atención especializada, así como de calidad en el seguimiento. Así pues, ¿cómo se debe evaluar el avance hacia la construcción de la CUS en estos casos? Los indicadores del acceso y la utilización de la atención primaria y la cobertura de los programas de detección arrojan cierta información. No obstante, una evaluación más significativa del progreso hacia la CUS también determinaría si los pacientes con condiciones particulares han sido diagnosticados de manera oportuna y reciben una atención coherente con las buenas prácticas. Estas evaluaciones son más complicadas. Aunque, una serie de estudios han arrojado una luz sobre el diagnóstico o detección oportuna, ilustrando los grandes desafíos que enfrenta el sistema de salud para alcanzar las metas de la CUS.

La mayor parte de las estimaciones sobre la prevalencia de la diabetes e hipertensión se basan en el autorreporte contemplado en las encuestas de hogares o telefónicas, en las que se les preguntó a los encuestados que si habían sido diagnosticados con una condición crónica particular por un profesional médico. Sin embargo, en dependencia del contexto, muchas personas con enfermedades crónicas no han sido diagnosticadas y los índices de prevalencia autorreportados, por lo tanto, tienden a subestimar la prevalencia real, con un subregistro que posiblemente varíe de manera sistemática por ubicación geográfica y nivel socioeconómico. Las estimaciones más confiables sobre la prevalencia de enfermedades crónicas provienen de los registros integrales de enfermedades o de encuestas nacionales sobre chequeos médicos que incluyen la toma de los signos vitales. Por ejemplo, Gakidou *et al.* (2011) utilizan las encuestas de chequeos médicos de varios países, entre ellos Colombia y México, para evaluar la importancia de este subregistro. Se encontró que a cerca de la mitad de las personas con diabetes o hipertensión en Colombia y México nunca se le diagnosticó esta condición, impidiendo por ende su manejo eficaz, en comparación con el 10 a 30 por ciento de las personas diabéticas e hipertensas en Estados Unidos y Reino Unido (gráfico 5.2). De igual forma, la encuesta realizada en Colombia arrojó que el 12 por ciento de las mujeres

Gráfico 5.2 Diagnóstico y tratamiento de diabetes e hipertensión

Fuente: Gakidou *et al.*, 2011.

diagnosticadas no recibió tratamiento. En este sentido, es común que las complicaciones para los pacientes diabéticos, como la retinopatía y el síndrome del pie diabético sean diagnosticadas y tratadas de forma deficiente.

Estos resultados tienen implicaciones profundas sobre cómo concebimos la cobertura. Si solo nos enfocamos en los individuos diagnosticados con diabetes o hipertensión (o ambos), y en quienes probablemente se auto-diagnosticarían con diabetes o hipertensión en una encuesta de hogar o entrevista telefónica, solo un porcentaje relativamente pequeño (entre el 2 y 20 por ciento dependiendo del sexo y condición) no recibe tratamiento. No obstante, si tomamos en cuenta que muchos individuos con diabetes e hipertensión no han sido diagnosticados, entonces menos de la mitad de los que necesitan tratamiento lo reciben⁵. Los estudios de esta naturaleza ponen de manifiesto las brechas significativas de la cobertura en el diagnóstico y tratamiento. Por supuesto, las encuestas que capturan la medición de los signos vitales tienden a ser raras y no ofrecen bases para el monitoreo rutinario de la CUS. Sin embargo, al brindar cálculos confiables sobre las brechas de cobertura, estas pueden ayudar a identificar la magnitud del problema en un contexto particular y a obtener cálculos más fiables de la población beneficiaria que podrían usarse para estimar la cobertura con base en datos administrativos.

El diagnóstico y detección oportuna son igualmente importantes para el cáncer. Se estima que en 2030, serán diagnosticados 1,7 millones casos de cáncer en la región de LAC, con más de 1 millón de fallecimientos cada año. Aunque la incidencia total de cáncer es menor en América Latina (la tasa estandarizada por edad es de 163 por cada 100 000) que en Europa (264 por cada 100 000) o Estados Unidos (300 por cada 100 000), la carga de mortalidad es mayor (Ferlay *et al.*, 2008)⁶. En parte, esto se debe a la presentación en etapas más

avanzadas (etapas clínicas tres y cuatro), pero los problemas para acceder a una atención oncológica efectiva también son un factor. De hecho, para algunos tipos de cáncer, como el cáncer de mama, cáncer de cuello uterino y cáncer colorrectal, las posibilidades de curación y supervivencia aumentan de forma substancial si son detectados y tratados en etapas tempranas⁷.

Es difícil recopilar los datos integrales y comparables de la región sobre el diagnóstico oportuno del cáncer. La evidencia de algunos países ilustra el problema. Por ejemplo, un estudio de atención del cáncer realizado por el Tribunal de Cuentas de la Unión en Brasil (TCU, 2011) encontró que las debilidades en la atención primaria combinadas con la falta de acceso a procedimientos de diagnóstico y atención especializada significaron que el 60 por ciento de los pacientes con cáncer fuese diagnosticado en una etapa terminal, lo cual redujo las perspectivas de un tratamiento efectivo y de supervivencia⁸. El problema de un diagnóstico tardío también ocupó un papel preponderante en el estudio AMAZONE, el cual se enfocó en el cáncer de mama en Brasil (Simon *et al.*, 2009). Este estudio también documentó las disparidades entre el sector público y privado (casi el 37 por ciento de los pacientes en las instituciones públicas fue diagnosticado en una etapa final en comparación con el 16,2 por ciento en las privadas) y entre las distintas partes del país (46,2 por ciento de las mujeres diagnosticadas en una etapa final era procedente del norte de Brasil, en comparación con el 25,1 por ciento de la región sur, la cual es más adinerada)⁹. Además, los médicos en Brasil reportaron que un sorprendente 80 por ciento de los casos con cáncer de mama fue identificado directamente por los pacientes (Cazap *et al.*, 2010).

Resultados similares se reportaron en México. Un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cancerología señaló que de 744 pacientes cubiertos por el Sistema de Salud de México (Seguro Popular), con cáncer de mama recién diagnosticado, más del 80 por ciento tenía la enfermedad en una etapa avanzada o con metástasis (Mohar *et al.*, 2009). En contraste, el 60 por ciento de las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama en Estados Unidos tenían la enfermedad detectada en su etapa inicial, con la ayuda de una mamografía (Chávarri-Guerra *et al.*, 2012; Instituto Nacional de Oncología, 2011). Lo anterior guarda consistencia con la información de un estudio transversal y con los informes de México, que arrojan que el 90 por ciento de los casos con cáncer de mama fueron diagnosticados mediante la auto-detección de un nódulo mamario (López Carillo *et al.*, 2001).

Una serie de factores contribuyen a la detección y al diagnóstico tardío del cáncer. Una tasa baja de tamizaje juega un factor importante. Lee *et al.*, (2012) estiman que la tasa de detección del cáncer de mama en el sistema público en Brasil está muy por debajo del tamiz recomendado por la OMS de más del 70 por ciento de la población beneficiaria y de la meta nacional del 60 por ciento de las mujeres entre los 50 y 69 años (Anderson *et al.*, 2010)¹⁰. Por otro lado, una tasa baja de detección está relacionada con las creencias locales y factores socio-culturales, pero también con la poca disponibilidad y calidad de los servicios (Marinho *et al.*, 2008). Por ejemplo, un estudio realizado en México demostró que es muy poco probable que una mujer se realice un Papanicolaou y

mamografía si reside en una comunidad rural marginal (Sosa Rubí, Walker y Serván, 2009). De manera similar, un estudio sobre las barreras y beneficios percibidos de la detección del cáncer de cuello uterino entre las mujeres con bajos ingresos en cinco países de América Latina (Ecuador, El Salvador, México, Perú y la República Bolivariana de Venezuela) reveló que las principales barreras identificadas por todas las participantes son la accesibilidad y disponibilidad de servicios de calidad (Agurto *et al.*, 2004).

Los atrasos en el diagnóstico también pueden relacionarse con otros factores del sistema de salud, en especial con los problemas para acceder a procedimientos que confirmen el diagnóstico. Lo anterior lo ilustra un estudio realizado en México basado en una revisión prospectiva de 166 nuevos casos con cáncer de mama en un importante hospital público de la ciudad de México. Se encontró que para un subconjunto de pacientes con cáncer de mama en etapa I-IIIc confirmada, el tiempo promedio entre los primeros síntomas y la primera consulta de atención primaria fue de 1,8 meses. Otros 6,6 meses transcurrieron entre la primera consulta de atención primaria y la confirmación del diagnóstico y luego otros 0,6 meses para iniciar el tratamiento (Bright *et al.*, 2011). Otro estudio en México sobre los factores asociados con los resultados variables de la leucemia linfocítica aguda, un tipo de cáncer que afecta a los glóbulos blancos y que puede curarse si se detecta en las primeras etapas, reconstruyó el período sintomático previo al diagnóstico para los sobrevivientes y no sobrevivientes (Lora *et al.*, 2011). El estudio encontró grandes retrasos entre los primeros síntomas y la confirmación del diagnóstico ($43,5 \pm 22,5$ días). Ambos estudios son de pequeña escala y se desarrollaron en localidades que cuentan con un servicio relativamente superior; es muy posible que los retrasos sean aún mayores en otras partes del país.

La hipertensión, diabetes y los diferentes tipos de cáncer representan gran parte de la carga de enfermedad y mortalidad en la región. Para todas estas condiciones, un diagnóstico oportuno es crítico para que haya un control y tratamiento efectivo de la enfermedad y quizás es el aspecto más importante a considerar en el monitoreo de la CUS. Sin embargo, como hemos visto, incluso con la disponibilidad y asequibilidad de los servicios de atención primaria y de programas de detección, quizás permanezca una necesidad insatisfecha importante. Aunque no es del todo sencillo, es posible crear sistemas para monitorear de manera rutinaria el segmento de pacientes diabéticos e hipertensos diagnosticados y con atención médica, así como la etapa del diagnóstico para las diversas formas de cáncer. Los indicadores de esta naturaleza estarían lejos de abordar las brechas importantes de la información en relación con la CUS.

Tiempo de espera para acceder a la atención

El tiempo de espera para acceder a la atención médica que se necesita es una característica observada en la mayoría de los sistemas de salud. Sin embargo, al menos que las listas de espera sean limitadas y bien administradas, los retrasos en el tratamiento pueden tener un impacto negativo en los resultados en salud del paciente. Este hecho ha

provocado que muchos países de la OCDE establezcan sistemas de monitoreo sistemático de los tiempos de espera. Esos esfuerzos también están en marcha en algunos países de LAC, pero los datos aún son limitados.

Una vez que se ha establecido un diagnóstico o necesidad de atención médica, el siguiente paso en la cadena entre la disponibilidad de los servicios y los resultados en salud es que el paciente pueda acceder efectivamente a los servicios que necesita. En algunos casos, puede ser cuestión de un primer contacto o consulta con un médico de atención primaria. Pero en muchos casos, la vía de atención es más compleja, con pacientes que necesitan uno o más procedimientos de diagnóstico, una consulta especializada y tal vez atención de seguimiento.

Un requisito indispensable de la CUS es la disponibilidad y asequibilidad de los servicios médicos. No obstante, aun cumpliendo estos requisitos, la demanda de los servicios probablemente superará la oferta. En los sistemas donde los servicios médicos no son racionados con base en la capacidad de pago, el tiempo de espera se convierte en el medio por defecto para asignar los escasos recursos del sistema de salud. De hecho, incluso en los sistemas de salud con un alto rendimiento, el acceso es raramente inmediato, y el viaje a lo largo de la ruta de la atención puede implicar retrasos repetidos y otros problemas de acceso.

Los tiempos de espera limitados para procedimientos no urgentes —sean ya una consulta externa, procedimientos de diagnóstico o una cirugía electiva— no son necesariamente una preocupación importante. Las listas de espera garantizan que se utilice toda la capacidad y evitan ineficiencias. En un sistema que funciona de forma adecuada, las listas de espera les permiten a los profesionales de la salud priorizar el acceso de manera efectiva con base en una jerarquía de necesidades para evitar resultados adversos asociados con la espera (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013). Pero en muchos casos, el excesivo tiempo de espera y la priorización inefectiva pueden poner a los pacientes en riesgo. Incluso, aun cuando no comprometen los resultados en salud a largo plazo, el tiempo de espera puede generar un dolor significativo y ansiedad al paciente¹¹.

El tiempo de espera ha sido por un tiempo un tema de preocupación en las políticas del sector salud de los países de la OCDE y también ha ido alcanzando un nivel protagónico en la región de LAC. Los retos importantes son el acceso a una atención especializada, procedimientos de diagnósticos y servicios de hospitalización. El mejoramiento del acceso y de la calidad de la atención primaria ha revelado una importante demanda reprimida de atención de mediana y alta complejidad.

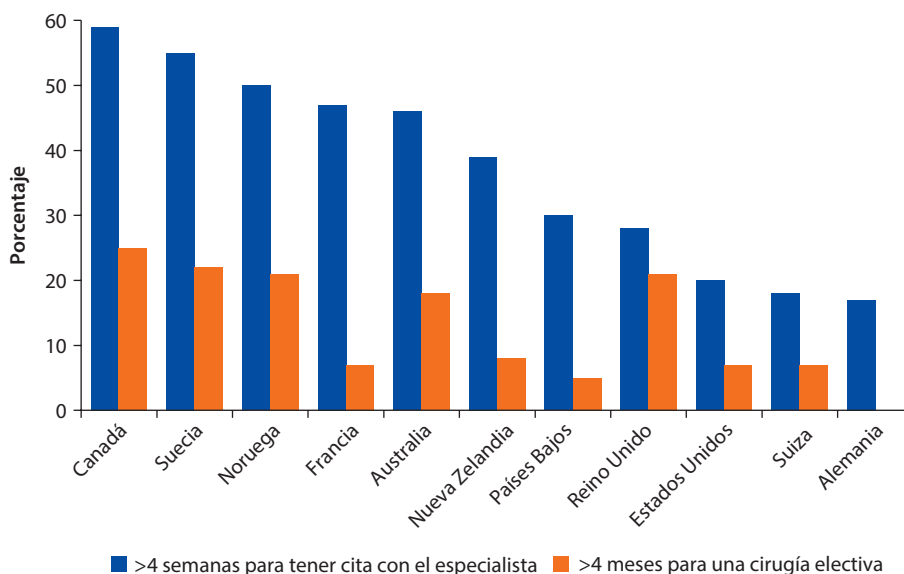
En general, las listas y los tiempos de espera dependen de la oferta y demanda, pero no tienen entre sí una relación directa. La demanda de servicios médicos específicos del sistema público (y el ingreso a una lista de espera) depende del estado de salud (que, a su vez, depende de los factores demográficos, estilo de vida y otros factores), la tecnología, la cobertura, la efectividad de la atención primaria, las preferencias del paciente, y el costo y disponibilidad de las opciones externas. Estas opciones externas en particular incluyen los servicios proporcionados por el sector privado y los financiados a través de gastos de bolsillo o

seguros médicos privados (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013). A su vez, la salida de las listas de espera depende básicamente de la capacidad para prestar los servicios (camas, profesionales de la salud, equipos, etc.) y la productividad. Una historia sencilla de lo que ocurre en los países que están expandiendo su cobertura de atención médica es por eso que las mejoras al acceso de la atención primaria, combinadas con los cambios demográficos y epidemiológicos, están generando demandas crecientes de servicios especializados y de diagnóstico, y que la inversión en estos servicios no ha logrado satisfacer la creciente demanda. Al mismo tiempo, las debilidades en los sistemas de referencia y contra referencia dificultan la priorización, contribuyen a las inequidades en el acceso y obstaculizan la productividad de los servicios especializados y hospitalarios (por ejemplo, el alto índice inasistencia a las citas).

Aunque el concepto de las listas de espera (número de personas que esperan un determinado servicio) y tiempos de espera (período de tiempo entre la identificación de una necesidad y el acceso al servicio) es fácil de entender, la medición no es sencilla (Siciliani, Borowitz y Moran, 2013). En la medida en que los países miden y reportan los tiempos de espera de manera rutinaria —muchos no lo hacen—, las mediciones tienden a concentrarse en determinadas categorías de servicios como las consultas de atención primaria, procedimientos específicos (por ejemplo, cirugía de cataratas, *bypass* coronario, reemplazo de cadera), consultas especializadas (por ejemplo, oftalmología, ortopedia) o atención de urgencia (por ejemplo, tratamiento de cáncer). Pero las mediciones pueden comenzar y terminar en diferentes puntos del recorrido de un paciente, lo que dificulta las comparaciones entre países. Por ejemplo, la medición del tiempo de espera podría comenzar con el médico clínico derivando al paciente a un especialista, con la confirmación del diagnóstico y la decisión del tratamiento por parte del especialista, o con el ingreso del paciente a una lista de espera para su tratamiento. Cada vez más países de la OCDE están adoptando abordajes de medición que tratan de capturar todo el periplo del paciente.

Un abordaje para obtener datos comparables es entrevistar a los pacientes. La Encuesta Internacional sobre Políticas de Salud del Fondo Commonwealth adoptó esta metodología ya que proporciona datos sobre los tiempos de espera en los países seleccionados de la OCDE (gráfico 5.3).

Los datos sobre las listas y tiempos de espera en América Latina y el Caribe son más limitados. Una forma de medir el grado de preocupación en cuanto a los tiempos de espera en la región es mediante las encuestas de opinión o de percepción pública¹². Deloitte realizó recientemente una serie de encuestas de percepción en adultos de Brasil y México (Deloitte, 2011a, 2011b). En estas encuestas, los tiempos de espera fueron señalados como una de las razones importantes para no buscar atención (la segunda razón más importante en Brasil [38 por ciento] y la tercera en México)¹³. Por otro lado, el tiempo de espera fue el aspecto peor calificado del desempeño del sistema de salud definido en el estudio de ambos países (el 81 por ciento le asignó una calificación desfavorable o muy desfavorable en Brasil, y el 74 por ciento en México). En Colombia, el Ministerio de Salud (MINSALUD) realiza una encuesta percepción de forma periódica entre los

Gráfico 5.3 Tiempos de espera en países seleccionados de la OCDE

Fuente: OCDE (2012) con base en datos de la Encuesta Internacional sobre Política de Salud del Fondo del Commonwealth (2010).

Nota: El tiempo de espera para una cirugía especializada y electiva se determinó desde el instante en que se les indicó a los pacientes que necesitaban atención médica y la consulta. Solo a los encuestados que recibieron consultas especializadas o cirugía electiva en los últimos 2 años se les pidió que especificaran los tiempos de espera.

pacientes como parte de un sistema más amplio de gestión de desempeño. A diferencia de Brasil y México, la encuesta colombiana presenta un panorama relativamente positivo, ya que la mayoría de los pacientes pueden acceder a consultas generales y especializadas dentro de los 10 días (85 y 55 por ciento respectivamente) y más del 80 por ciento confía que recibirán la atención que necesitan en caso de padecer una grave afección (MinSalud, 2012).

Por otro lado, una reciente encuesta de opinión realizada en Brasil (CNI, 2012) reveló altos niveles de insatisfacción con el sistema de salud, especialmente por retrasos en el acceso a consultas o exámenes y la falta de personal médico, aunque la falta de satisfacción fue significativamente menor entre aquellos que realmente tuvieron experiencia de primera mano al utilizar el sistema de salud¹⁴. El Programa *Mais Médicos*, que busca dirigir el personal médico más joven hacia la atención primaria de las zonas marginadas, fue establecido en 2013 como una respuesta a este problema. En otra encuesta reciente, los entrevistados también destacan la falta de personal médico, las largas esperas en los hospitales y servicios de referencia como los principales problemas (IPEA, 2011). Reflejando estas preocupaciones, estas encuestas también resaltan la importancia de los planes médicos privados para los encuestados con el fin de garantizar un acceso más rápido a la atención médica (IESS, 2011; IPEA, 2011)¹⁵.

Los datos de las encuestas de opinión pueden ser un arma poderosa, pero a menudo se basan en muestras relativamente pequeñas, y las respuestas tienden

a ser muy sensibles por la forma en cómo se hacen las preguntas. Datos de calidad sobre las listas y tiempos de espera en la región son difíciles de obtener, pero la evidencia en algunos países de la región proporciona una noción de la magnitud del problema. Por ejemplo, un análisis reciente de la Secretaría de Salud del municipio de Sao Paulo encontró una enorme acumulación de necesidad insatisfecha, arrojando un total de 800 244 casos registrados en las listas de espera para procedimientos de diagnóstico, consultas especializadas y cirugías, y el tiempo de espera promediaba los ocho meses (Estado de São Paulo, 2013). En el caso de algunas especialidades, la situación era mucho peor. Por ejemplo, el municipio calculó que el tiempo de espera para procedimientos ginecológicos podría llegar a los 5 años y para algunas cirugías el tiempo de espera alcanzaba los 9 años. Inevitablemente, la lista de espera incluye a individuos que podrían haber optado buscar atención en el sistema privado; que ya no necesitan atención o que han fallecido. De hecho, el número de pacientes a la espera será menor que el total en la lista.

En el caso de Colombia, los datos de los procesos judiciales también ofrecen insumos para el análisis del problema de las listas de espera. En 2007, la mayor parte de las acciones legales presentadas ante la Corte Constitucional de Colombia estaba relacionada con reclamos por atención médica (25 por ciento), seguida por las solicitudes de medicamentos (19,6 por ciento), y en tercer lugar aquellas relacionadas con las listas de espera (16,7 por ciento) (Vargas López, 2010).

Del mismo modo, las listas de espera son cada vez más objeto de inspecciones rutinarias en Chile, donde el problema se ha reconocido ampliamente y generado el desarrollo del Plan AUGE en 2005 (cuadro 5.1), con el monitoreo de la lista de espera y aseguramiento de los tiempos de espera para un número creciente de condiciones. Gradualmente, se han ampliado las condiciones cubiertas por el plan AUGE y ahora la lista cubre 80 condiciones. En 2010, el FONASA tenía una lista de espera de más de 183 000 pacientes (equivalente a casi el 2 por ciento de todas las consultas por condiciones cubiertas en la lista de espera) (Paraje y Vásquez, 2012). Esta situación, asociada con la insatisfacción pública generalizada, así como las altas evitables y la mortalidad, ha mejorado desde entonces, aunque la magnitud de esta mejora es objeto de debate.

Los datos de las listas de espera proporcionan indicaciones claras de dónde encontrar los cuellos de botella en el sistema de salud, pero no necesariamente arrojan mucha luz sobre los tiempos de espera. Los datos sobre la atención del cáncer en algunos países de la región lo ponen en claro, sin embargo, el tiempo de espera en algunos casos puede ser muy largo. En el caso de Brasil, el desafío del diagnóstico tardío abordado anteriormente en este capítulo se agrava con las demoras en el acceso al tratamiento. Al utilizar los datos administrativos de los pagos en concepto de radio y quimioterapia durante 2010, un estudio realizado por la Autoridad Federal de Cuentas (TCU, 2011) demuestra que la mediana del tiempo de espera para la quimioterapia en 2010 fue de 76,3 días (desde el momento de recibir la confirmación del diagnóstico) y solo el 35,6 por ciento de los pacientes recibieron el tratamiento en un período de 30 días. De igual manera, muchos pacientes enfrentan considerables retrasos para acceder a procedimientos

Cuadro 5.1 Garantías de tiempos de espera en países seleccionados

<i>País</i>	<i>Descripción</i>
Brasil	<p>En 2013, se introdujo una ley para garantizar el acceso de pacientes de cáncer a tratamiento en un plazo de 60 días a partir de la fecha de confirmación del diagnóstico. Todavía se están desarrollando sistemas para darle seguimiento y ejecutar la garantía, pero se espera que la ejecución se haga con base en las sanciones administrativas y en los recursos introducidos por pacientes en defensa de su derecho a la salud.</p>
Chile	<p>En 2005, se introdujo el Plan AUGE. El Régimen de Garantías Explícitas en materia de salud (Ley n.º 19 966) define un conjunto de beneficios médicos que contiene una lista de diagnósticos y tratamientos priorizados con garantías explícitas (inicialmente de 25; se amplió a 40 en 2006; a 66 en 2010, y luego a 80 en 2014). Las garantías están definidas en términos de acceso, oportunidades, calidad y protección financiera, así como con los protocolos clínicos asociados. Por ejemplo, las garantías para el cáncer colorrectal implican:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En un plazo de 45 días después del diagnóstico, se tiene derecho a una biopsia y pruebas preoperatorias • En un plazo de 30 días después de recibir indicación, acceso al tratamiento (cirugía, quimioterapia y exámenes conexos) • En un plazo de 90 días después de recibir indicación médica, un examen de seguimiento <p>También existe un número máximo de copagos relacionados con el precio mensual pagado por cada individuo. Para asegurar el cumplimiento de la garantía, el esquema cuenta con un sistema de bonos/subsidio público para que los beneficiarios del sistema público (FONASA) utilicen los servicios del sector privado en caso que el sector público no cubra la garantía.</p> <p>Casi una década después de haberse puesto en marcha el Plan AUGE, han ocurrido mejoras notables en los resultados, especialmente a los tratamientos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo I y II, depresión, epilepsia en la niñez y VIH/SIDA. La proporción de casos que reciben tratamiento (calculado sobre una demanda potencial) ha aumentado notablemente mientras que las tasas de mortalidad provocada por estas condiciones se redujeron. Para los casos con hipertensión, diabetes mellitus tipo I y VIH/SIDA, los índices de hospitalización disminuyeron (probablemente como consecuencia de los tratamientos ambulatorios mejorados), pero otros casos aumentaron (diabetes mellitus tipo II, epilepsia en la niñez, depresión). Sin embargo, la sostenibilidad financiera de la garantía es un desafío cada vez mayor (Bitrán <i>et al.</i>, 2010). También existe cierta evidencia del mejoramiento en la calidad (vinculada con los protocolos) que pudo haber contribuido a una reducción de la mortalidad hospitalaria por infarto agudo al miocardio (Nazzari <i>et al.</i>, 2008) y un aumento de la detección prenatal de cardiopatías congénitas (Concha <i>et al.</i>, 2008).</p>
Uruguay	<p>Se introdujo un tiempo máximo de espera para acceder a las distintas especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 24 horas para medicina general, pediatría y ginecología. • 48 horas para cirugías generales. • 30 días para especialidades médicas y quirúrgicas. • 180 días para procedimientos quirúrgicos no urgentes contados a partir de la indicación. <p>La ejecución de la garantía se basa en la amenaza de restringir los subsidios públicos (pagos per cápita).</p>

de diagnósticos o atención especializada que confirme un diagnóstico. En el caso de la radioterapia, las cifras correspondientes arrojan 113,4 días y 15,9 por ciento. Como punto de comparación, casi todos los pacientes en Reino Unido y Canadá reciben tratamiento en un plazo de 30 días y la mediana del tiempo de espera oscila entre los 5 y 25 días, dependiendo del tipo de tratamiento.

Aunque son escasos los datos sobre los tiempos de espera en la región, el temor por las consecuencias negativas a causa de atrasos excesivos para acceder a tratamiento se ha combinado con procesos judiciales y presión política para obligar a muchos países de la región a adoptar medidas para reducir los tiempos de espera. En el cuadro 5.1, se muestra un breve resumen de las acciones adoptadas por algunos países de la región para abordar el tema de los tiempos de espera.

Calidad de la atención

En este capítulo se ha argumentado la importancia de complementar los indicadores básicos de utilización y protección financiera de la CUS con datos e investigaciones sobre necesidades insatisfechas, y acceso oportuno y de calidad. Sin embargo, también es posible determinar de forma más directa si el sistema de salud está contribuyendo o no a mejores resultados. En esta sección, se ilustra esta posibilidad al examinar los resultados del tratamiento de hipertensión arterial y diabetes, sobrevivencia de cáncer y mortalidad por causas evitables.

Es importante tomar en consideración la calidad percibida y la técnica de la atención. Por falta de datos para dilucidar problemas de percepción sobre la calidad de la atención en la región, en esta sección solo se discuten los elementos de la calidad técnica. El diagnóstico y la detección oportuna son elementos fundamentales de una atención efectiva y la atención oportuna podría influir de manera significativa en los resultados. Otro factor importante que determina la efectividad de la atención es la idoneidad o calidad técnica de los servicios de atención médica. En un sentido estricto, esto significa que la atención se brinda en cumplimiento con estándares técnicos definidos: por ejemplo, ¿realiza la enfermera o médico las preguntas adecuadas, hace los exámenes y pruebas adecuadas, logra un diagnóstico correcto, se comunica de forma efectiva con el paciente y prescribe el tratamiento adecuado?

Existe abundante literatura de los países de la OCDE que busca evaluar la calidad técnica de la atención para los diferentes tipos de servicios médicos. Por ejemplo, una revisión de la literatura sobre la calidad de la atención en Estados Unidos abarca una amplia gama de áreas, entre ellas uso de antibióticos, enfermedades respiratorias, atención prenatal, asma, diabetes, hipertensión, enfermedades cardíacas, salud mental y cáncer (Schuster, McGlynn y Brook, 2005). También se realizan numerosos esfuerzos para definir los indicadores de monitoreo rutinario cualitativo de la asistencia médica en el marco de desempeño de los sistemas de salud de naciones específicas y entre los países de la OCDE (ver, por ejemplo, AHRQ, 2013; Arah *et al.*, 2006; Kelley y Hurst, 2006). Muchos de estos indicadores se enfocan en las medidas de calidad de los resultados en materia de salud, pero también incluyen los esfuerzos para monitorear las dimensiones procesales de la calidad (Marshall, Leatherman y Mattke, 2004). Muchos países de la OCDE también han adoptado mecanismos para promover el mejoramiento de la calidad a través de incentivos financieros, desarrollo y disseminación de guías sobre prácticas clínicas, mecanismos de acreditación, etc.

La literatura sobre la calidad técnica de la atención médica en la región de LAC es escasa, y aunque la mayoría de los países aplican algún tipo de iniciativas para mejorar la calidad, existen pocos ejemplos sobre el monitoreo rutinario de la calidad técnica. Por ejemplo, según un informe de la OPS, solo 6 de 25 países encuestados en el año 2000 contaban con procedimientos formales para la acreditación de servicios e instalaciones médicas (Ross, Zeballos e Infante, 2000). En parte, ello se debe a que el análisis sistemático y el monitoreo de la calidad de la atención médica normalmente depende de detalles contenidos en los expedientes de los pacientes, idealmente en formato electrónico o de encuestas a profundidad. Por lo tanto, existe un área de investigación y monitoreo del sistema de salud que probablemente evolucione de manera rápida a medida que los países de la región actualicen sus sistemas de información en el área de salud. Por el momento, sin embargo, la evidencia sobre la calidad de la atención médica puede deducirse a partir de algunos estudios que se enfocaron en la atención prenatal y el cáncer.

En general, la cobertura de la salud maternoinfantil, en particular, la atención prenatal, ha mejorado de forma significativa en la región de LAC en las últimas décadas y casi el 90 por ciento de las mujeres embarazadas en la región ahora tienen al menos 4 consultas de atención prenatal. No obstante, tal como se abordó en la primera sección del presente capítulo, hasta qué punto la ampliación de la cobertura se traduce en mejores resultados depende en gran medida de la calidad de la atención brindada: por ejemplo, hasta qué punto los profesionales de salud logran identificar los riesgos claves, tomar las acciones adecuadas y comunicarse de manera efectiva con el paciente.

Una serie de estudios del Brasil ilustran importantes problemas en la calidad de la atención prenatal. En un estudio reciente en Río de Janeiro se entrevistó a 2353 embarazadas, a las que se les preguntó sobre la fecha inicial de la atención prenatal, el número de visitas y el tipo de exámenes diagnósticos que les realizaron (Domingues *et al.*, 2012). Con base en los criterios del índice PHPN¹⁶, solo el 38,5 por ciento de las encuestadas había recibido una atención adecuada. Por otra parte, casi un tercio de las mujeres hipertensas informaron que no habían obtenido medicamentos contra la hipertensión. Las deficiencias más importantes tenían que ver con la finalización oportuna de los primeros y segundos exámenes de laboratorio de rutina. Del grupo de mujeres en los 28 y 33 años, solo el 41 por ciento completó los exámenes recomendados; en el caso de las mujeres entre los 34 y 37 años, ni siquiera el 20 por ciento completó el primer chequeo de rutina al momento que se esperaba tener los resultados del segundo. La mayoría de exámenes clínicos, como toma de presión arterial, registro de peso y monitoreo de latidos cardíacos del feto, alcanzaron altos niveles de finalización (entre el 73 y el 98 por ciento), pero solo entre el 23 y 55 por ciento de los casos recibió recomendaciones (por ejemplo, consejos para la labor de parto, referencia a maternidad y consejería sobre lactancia) (Domínguez *et al.*, 2012). De manera similar, un estudio de la ciudad de Pelotas descubrió que había un elevado índice de cobertura y visitas prenatales, pero solo el 77 por ciento de las mujeres se sometieron a un examen vaginal y casi un tercio de las mujeres sin inmunización

no recibió la vacuna contra el tétano (Barros *et al.*, 2005). Finalmente, un estudio realizado en cuatro hospitales de maternidad en Aracaju, al noreste de Brasil, también confirmó un alto nivel de cobertura de APN, promediando más de 6 consultas de atención prenatal (Ribeiro *et al.*, 2009). Sin embargo, se consideró que solo el 33,9 por ciento de las mujeres utilizaba de forma adecuada la APN¹⁷, y a una gran parte de ellas no se les había practicado un examen mamario ni se les brindó consejería sobre la lactancia materna. En este sentido, una inadecuada atención es menos probable de ocurrir entre las mujeres que buscaron atención médica privada (11 por ciento) en comparación con aquellas que recurrieron a la atención médica pública (39 por ciento).

Más allá de la atención prenatal, los estudios realizados en Brasil también han documentado problemas cualitativos en la atención de parto, pero en este caso, el uso excesivo de los medicamentos y procedimientos es el problema principal. Por ejemplo, existen pruebas que la inducción excesiva del parto mediante el uso de medicación y la realización de cesáreas ha contribuido a aumentar el número de partos prematuros en la ciudad de Pelotas (del 6,3 por ciento en 1982 al 16,2 por ciento en el año 2004), con implicaciones adversas para la mortalidad y morbilidad infantil (Barros *et al.*, 2005). El uso excesivo de cesáreas es un problema de mayores repercusiones en Brasil, puesto que el 43 por ciento de los partos se dieron por cesárea en 2010 (Victora *et al.*, 2011)¹⁸.

Una evaluación de la calidad en los partos realizada en 14 hospitales de República Dominicana también nos ayuda a explicar cómo los altos índices de partos institucionales pueden coexistir con altos índices de mortalidad materna (Miller *et al.*, 2003)¹⁹. El estudio demostró que los grandes hospitales de referencia, donde ocurre más del 40 por ciento de los partos del país, presentaban hacinamiento y falta de personal, con residentes sin experiencia a cargo de la atención proporcionada por estudiantes de medicina, internistas y enfermeras. Las labores y partos sin complicaciones acusaron un uso excesivo de medicamentos, mientras que los partos que presentaron complicaciones no fueron manejados adecuadamente y las emergencias no se trataron de manera oportuna.

Es probable que la deficiente calidad técnica de los servicios maternoinfantiles tenga muchos determinantes, entre ellos el entorno laboral, incentivos, disponibilidad de los equipos y materiales y capacidades del proveedor. Entre estos factores, la habilidad y competencia del proveedor ha recibido recientemente mayor atención y un número de estudios realizados en todo el mundo ofrecen pruebas sobre el nivel y distribución de las capacidades con base en tests o viñetas. (Das y Hammer, 2014). En congruencia con esta literatura, un estudio reciente realizado en República Dominicana estuvo dirigido a evaluar la competencia de los médicos del primer nivel al momento de atender a embarazadas y niños menores de un año de acuerdo con las normas nacionales. Una muestra de 66 médicos realizó un examen escrito y una simulación de un caso clínico. Solo el 8 por ciento de los médicos logró un puntaje lo suficientemente alto para considerarlo capacitado para cuidar y darle tratamiento embarazadas y ninguno de ellos fue considerado idóneo para brindar atención a niños menores de un año (Pérez-Then *et al.*, 2008).

Con respecto de la atención del cáncer, el mejor indicador cualitativo, podría afirmarse, sería la tasa de supervivencia en casos confirmados, idealmente analizado por etapa desde el diagnóstico. Dada la complejidad de la atención oncológica, las medidas estructurales cualitativas, como la disponibilidad y funcionalidad de equipos tecnológicos avanzados, médicos especialistas y capacidad de camas en los hospitales, son también indicadores relevantes de la calidad y determinantes importantes de los resultados. En otras regiones, los servicios oncológicos en LAC tienden a concentrarse en las principales ciudades, lo que fomenta las desigualdades en el acceso a los servicios y resultados en el campo de la salud. Por ejemplo, en Perú, 10 de las 18 unidades de radioterapia en el país se encuentran en Lima o en otras ciudades más grandes, mientras que 20 de las 25 regiones del país carecen de centros de radioterapia. En México, existen 20 aceleradores lineales para los 32 estados, y 7 de estos se encuentran en la ciudad de México (Goss *et al.*, 2013).

No obstante, también es posible evaluar la calidad técnica de la atención del cáncer al concentrarnos en el proceso de la atención. Uno de los puntos críticos en este sentido se refiere a los procedimientos de diagnóstico y seguimiento. Los retos son evidentes en un caso de estudio de control (cáncer invasivo y controles sanos) en 4 departamentos colombianos, en donde se encontró que casi el 50 por ciento de los casos detectados con cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) eran falsos negativos y solo el 65 por ciento de los casos tuvieron un examen de seguimiento después de obtener una citología positiva (Murillo *et al.*, 2011). Además, los resultados de tamizajes de cáncer de cuello uterino (Papanicolaou) procedentes de área remotas no tuvieron la calidad esperada. Al llevar los mismos exámenes a un laboratorio nacional, el 61 por ciento de los Papanicolaou normales o negativos registraron incidencias anormales. En México, un estudio similar encontró de forma consistente altos niveles de falsos negativos de cáncer de cuello uterino en los resultados de citología de hasta un 53 por ciento (Lazcano-Ponce *et al.*, 2008).

La debilidad en la calidad de los procedimientos de diagnóstico y de laboratorio en México también se ha agravado por el uso inadecuado de procedimientos de diagnóstico invasivos, en particular, el uso de la colposcopia en combinación con el Papanicolaou (Madrigal de la Campa, Lazcano Ponce e Infante Castañeda, 2005). También, a menudo es deficiente el seguimiento después de que citología ha encontrado incidencias anormales. De hecho, un estudio encontró que solo el 25 por ciento de las pacientes recibieron un seguimiento apropiado, lo cual podría explicar el pobre impacto del tamizaje de cáncer de cuello uterino en el país (Gage *et al.*, 2003).

Los problemas para brindar un diagnóstico de alta calidad también están relacionados con el cáncer de mama en Brasil. Un estudio encontró que los bajos niveles de concordancia en el diagnóstico entre los diferentes patólogos que examinan la misma muestra (un 60 por ciento de concordancia en una muestra de 329 biopsias) (Salles *et al.*, 2008). Un estudio separado encontró que una proporción relativamente alta (22 por ciento) de las biopsias por aspiración con aguja fina obtuvieron material inadecuado para más análisis cito-patológicos

posteriores, lo que podría estar relacionado con la falta de capacidad del proveedor o dificultad técnica por el uso de equipos menos avanzados o una combinación de ambos (INCA, 2010; Lee *et al.*, 2012).

Más allá del diagnóstico, calidad del tratamiento del cáncer también está relacionada con la idoneidad de los regímenes de tratamiento, como la quimioterapia, y cuidados paliativos. La adopción de regímenes actualizados para la quimioterapia ha sido un proceso lento en la región, particularmente en áreas remotas. Por ejemplo, la OMS reportó que no había inventarios de tamoxifeno para el tratamiento cáncer de mama en Bolivia, El Salvador, Nicaragua, Paraguay y Saint Kitts y Nevis, a pesar de que sí existe en la mayoría de países, a un precio de hasta USD 0,10 por pastilla.

Del mismo modo, cuando se preguntó sobre la disponibilidad de tratamientos modernos para el cáncer en el sistema público en Brasil, los oncólogos participantes confirmaron que contar con regímenes más actualizados es un problema (65 por ciento). Cerca del 15 por ciento mencionó la disponibilidad limitada de trastuzumab, medicamento utilizado para el tratamiento de cáncer de mama y de otros tipos (TCU, 2011). El Proyecto AMAZONE en Brasil, estudio financiado por el GBECAM que abarcó 4912 mujeres con cáncer de mama en 28 centros de tratamiento, confirmó esa observación. El estudio descubrió que se utilizaron más a menudo generaciones recientes de quimioterapia y tratamientos específicos para el cáncer de mama sensible a hormonas, como la terapia adyuvante de trastuzumab en pacientes tratados en instituciones médicas privadas (56 por ciento) que en pacientes del sistema público (5,6 por ciento) o instituciones médicas filantrópicas (10 por ciento). Esto se relaciona con el hecho de que, a pesar de su importancia para determinar el tratamiento apropiado, los métodos de diagnósticos más sofisticados, como los receptores de hormonas y la determinación del factor de crecimiento, no cuentan con una amplia disposición en el sector público. Estos métodos pueden tener implicaciones importantes en las opciones de tratamiento. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Cancerología de México (INCAN) reportó que los médicos cambiaron sus tratamientos recomendados de en 31 de 96 casos, con base en el perfil genético de los tumores, con una disminución del 48 al 34 por ciento en la quimioterapia recomendada (Bargallo Rocha *et al.*, 2015), aunque la mayoría de centros de tratamiento no realizan estas pruebas.

Finalmente, la disponibilidad de una atención paliativa eficaz es muy limitada en la mayoría de los países de la región (Goss *et al.*, 2013; Lee *et al.*, 2012; Torres *et al.*, 2007). En muchos países de América Latina, los recursos están dirigidos principalmente a curar en lugar de brindar un tratamiento paliativo, reflejado en el número reducido de centros paliativos que están casi exclusivamente concentrados en el sistema de salud público²⁰. La pobre oferta de estos servicios está acompañada por una limitada disponibilidad de analgésicos potentes (medicamentos para el dolor), pocos especialistas en atención paliativa y el consumo promedio de opioides en la región se mantiene muy por debajo de los niveles mundiales, lo que se traduce en un manejo inadecuado del dolor (Callaway *et al.*, 2007; OMS, 2013)²¹.

En general, queda claro que la calidad técnica del servicio médico, ya sea salud materno-infantil, cáncer u otros, es un aspecto crítico para determinar si se han cubierto las necesidades de atención médica. Los altos índices de la cobertura de atención prenatal y los partos institucionales no se traducen necesariamente en buenos resultados en materia de salud. De igual forma, el incremento de los casos con cáncer sin mejoras proporcionales en la disponibilidad y calidad de los procedimientos de diagnóstico y acceso a los regímenes actualizados, es poco probable que se traduzca en mejoras significativas en la tasa de supervivencia del cáncer. Esta situación resalta la necesidad de complementar el monitoreo de la disponibilidad y uso de los servicios con un mayor énfasis en la calidad. Al contar con sistemas informáticos mejorados, existen formas para monitorear de manera rutinaria las dimensiones importantes de la calidad, pero las encuestas y otros métodos para recopilar datos también seguirán siendo herramientas importantes. La evidencia también pone en relieve los desafíos en términos de escasez de patólogos y profesionales de la salud, pobres niveles de capacitación y de educación continua y debilidades en la acreditación y en sistemas de control de calidad.

Resultados en materia de salud: ¿Por qué es importante el tratamiento oportuno y de calidad?

En este capítulo se ha argumentado la importancia de complementar los indicadores básicos de utilización y protección financiera de la CUS con los datos e investigaciones sobre las necesidades insatisfechas, y el acceso oportuno y de calidad. No obstante, también es posible evaluar de forma más directa si el sistema de salud está contribuyendo a mejores resultados. En esta sección, se ilustra esta posibilidad al examinar los resultados del tratamiento de hipertensión, diabetes, cáncer y mortalidad por causas evitables.

La verdadera prueba de un sistema de salud no yace en preguntar si garantiza un acceso equitativo a los servicios médicos según la necesidad, sino incluso si produce resultados buenos y equitativos en materia de salud. Una atención oportuna y de calidad es fundamental porque puede generar un hito significativo entre los beneficios reales y potenciales de salud derivados de un verdadero acceso. Va más allá del alcance de este capítulo el abordaje detallado de cada una de estas áreas y la discusión integral de las tendencias y patrones en la región se ve, en cualquier caso, obstaculizada por la ausencia de datos sistemáticos y comparables. Sin embargo, los estudios y datos existentes destacan el valor de algunos indicadores específicos en el fortalecimiento del monitoreo y análisis de la cobertura y desempeño del sistema de salud.

En esta sección se abarcan específicamente cuatro tipos de indicadores. En primer lugar, la mayor parte de este capítulo se centra en el diagnóstico y control de la hipertensión y la diabetes. En el caso de estas dos condiciones, existen estudios que van más allá de las medidas procesales de calidad para evaluar hasta qué punto en realidad se están alcanzando los objetivos del tratamiento. En segundo lugar, los indicadores de complicaciones relacionadas con la diabetes,

la hipertensión y las hospitalizaciones evitables pueden convertirse en importantes puntos de referencia y de monitoreo del desempeño de los sistemas de salud, al captar tanto los problemas de acceso como de efectividad de la atención primaria. En tercera instancia, una ampliación de los indicadores de las complicaciones y altas, como medición del desempeño del sistema de salud, consiste en evaluar la “mortalidad por causas evitables”, es decir, el grado de mortalidad que pudo haberse evitado mediante una atención médica efectiva. Por último, en el caso del cáncer, los registros podrían proporcionar las bases para llevar a cabo un análisis de los índices de supervivencia, que a su vez son indicadores poderosos para calcular el nivel de éxito del sistema de salud para detectar, diagnosticar y tratar el cáncer.

Alcanzar metas en tratamiento y control de enfermedades crónicas

El riesgo de muerte y de complicaciones asociadas con la diabetes y la hipertensión podría sufrir una reducción significativa si se manejan las condiciones de manera efectiva para mantener el nivel de azúcar en la sangre y la presión arterial dentro de valores controlables. El grado de efectividad, sin embargo, dependerá del diagnóstico adecuado de los pacientes y de la calidad técnica de la atención médica brindada a dichos pacientes. Los resultados en LAC destacan las muchas oportunidades desaprovechadas para reducir la carga de los 3 principales factores de riesgo para las ECV (diabetes, hipertensión arterial e hipercolesterolemia) y sugieren que la diabetes y sus factores de riesgo no se han manejado de manera efectiva.

Un análisis reciente de las encuestas sobre los chequeos médicos en siete países, entre ellos Colombia y México, encontró que no solo una proporción substancial de individuos con diabetes permanecían sin diagnóstico ni tratamiento, sino también que la proporción de individuos que cumplió con las metas del tratamiento fue muy baja (Gakidou *et al.*, 2011). Por ejemplo, el número de pacientes con diabetes que cumplió con los objetivos del tratamiento, tales como glucosa en sangre, presión arterial y colesterol sérico, fue muy bajo, apenas entre el 1 por ciento de pacientes masculinos en México y aproximadamente el 12 por ciento en Estados Unidos. Más del 70 por ciento de los individuos con diabetes en todos los países fallaron en alcanzar los objetivos del tratamiento de glucosa en sangre establecidos por la Federación Internacional de Diabetes²².

Estos hallazgos son coherentes con los resultados de una revisión sistemática de la literatura sobre la calidad de la atención a pacientes con diabetes en países de ingreso bajo y mediano en la región de LAC: la proporción de pacientes que alcanzaron los objetivos del tratamiento varió en gran medida en cuanto al control de la glucosa (13–92,9 por ciento), hipertensión (4,6–92 por ciento) y lípidos (28,2–18,3 por ciento). La mayor parte de la literatura analizada para este informe provino de Brasil, Jamaica y México. La revisión también descubrió que la detección de disfunción en los órganos por enfermedades no cardiovasculares fue el componente de atención más descuidado en cuanto a la gestión de la diabetes en la región. Los autores reconocen que el bajo índice reportado de solo el 1 por ciento de los pacientes que han pasado el tamizaje de las disfunciones

relacionadas con la diabetes podría atribuirse a deficiencias documentales. No obstante, la falta consistente de datos sobre este aspecto apunta hacia un descuido en la atención de la diabetes.

Complicaciones y hospitalizaciones evitables

El número de hospitalizaciones evitables o “innecesarias” es otra medida importante del acceso y calidad de la atención primaria. Estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo (Guanais, Gómez-Suárez y Pinzón, 2012) sugieren que la región de LAC tuvo de 8 a 10 millones de hospitalizaciones evitables en 2009. En Argentina, Colombia, Costa Rica y México, se encontró un alto impacto de las hospitalizaciones evitables por enfermedades crónicas; los países con ingresos más bajos, como Ecuador y Paraguay, mostraron un efecto mayor en las condiciones prevenibles.

Dentro de la amplia categoría de hospitalizaciones evitables, también es posible enfocarse en las complicaciones o procedimientos asociados con condiciones específicas. Por ejemplo, la falta de tratamiento o el tratamiento incorrecto de la diabetes pueden conducir a complicaciones como el síndrome del pie diabético y amputaciones. Un estudio realizado en Brasil demostró que el 66.3 por ciento de las amputaciones realizadas en hospitales generales se dan en pacientes con diabetes. Además, el 85 por ciento de las amputaciones están precedidas por úlceras que pueden tratarse eficazmente en una unidad de atención médica primaria (Gamba, 1998). Es significativo el impacto económico de las hospitalizaciones prolongadas y de las amputaciones por pie diabético. Los datos del estado brasileño de Sergipe mostraron un aumento del 49 por ciento en los costos relacionados con las amputaciones entre 2008 y 2010 (DATASUS). Solo en el sistema público, se realizaron 13 amputaciones semanales en el estado, de las cuales 9 fueron atribuidas a la diabetes. Asimismo, una revisión retrospectiva del cuadro de los pacientes diabéticos que asisten al programa de detección en el estado de Pernambuco en Brasil encontró un patrón de disparidad urbano-rural, donde un 40 por ciento de los pacientes procedente de zonas rurales presentaba retinopatía diabética, comparado con un 25 por ciento de los pacientes en zonas urbanas (Escarião *et al.*, 2008).

Mortalidad por causas evitables

Un abordaje para evaluar la cobertura y la calidad del sistema de salud consiste en estudiar en qué medida el sistema contribuye a mejorar los resultados en materia de salud mediante un análisis de las tendencias de la mortalidad por causas evitables: por ejemplo, las muertes que podrían haberse evitado con la presencia de una atención médica oportuna y eficaz. Este abordaje se basa en los datos del registro nacional de defunciones, el cual anota la causa de muerte según la clasificación estandarizada de enfermedades²³. La mortalidad por condiciones específicas se define entonces como susceptible a la atención médica oportuna y eficaz y esto permite analizar las tendencias y patrones (por ejemplo, las variaciones entre países o regiones) de mortalidad que podrían haberse evitado. La premisa de este análisis es que las mejoras o diferencias espaciales en la cobertura

y/o efectividad del sistema de salud a través del tiempo se verán reflejadas en los datos de la mortalidad por causas evitables²⁴.

Se han realizado varios estudios para comparar tendencias y niveles de mortalidad por causas evitables en los países de la OCDE (McKee y McMichael, 2008; Nolte y McKee, 2003, 2004, 2012), pero existe poca evidencia sistemática en LAC. Algunos estudios realizados en Brasil han encontrado una disminución significativa en la mortalidad por causas evitables. Por ejemplo, Malta *et al.*, (2010) examinaron las tendencias de la mortalidad por causas evitables en los recién nacidos (menores de 1 año) durante el período 1997–2006. Se encontró una disminución significativa en la tasa de mortalidad atribuible a la atención médica (37 por ciento) y a malos diagnósticos (75 por ciento, lo que indica un mejor acceso a la salud), mientras que la mortalidad por otras causas se mantuvo estable (con una reducción del 2,2 por ciento). Esta situación probablemente se debió en parte a las mejoras en la cobertura y calidad del sistema de salud. Por ejemplo, la mortalidad por neumonía disminuyó en un 52,7 por ciento, con una atención primaria eficaz que probablemente ha jugado un papel preponderante. No obstante, otros factores, en especial el mejoramiento de las condiciones de vida y las intervenciones en salud pública que afectan la incidencia de diferentes condiciones en materia de salud, también han jugado un papel. Aunque el estudio presenta un panorama positivo del sistema de salud en general, también reporta un incremento del 28 por ciento en la mortalidad evitable por una atención prenatal adecuada. Este aspecto es difícil de comparar con las mejoras en la cobertura de la atención prenatal, pero los autores especulan que la mala calidad de la atención prenatal puede haber desempeñado un papel.

Un estudio más reciente que se concentró en una cohorte de niños en Pelotas (Gorgot *et al.*, 2011; Santos *et al.*, 2011) encontró que la mayor parte de la mortalidad infantil era evitable, atribuible la mayor parte a una adecuada atención materna durante el embarazo (70 por ciento de las muertes), y ocurriendo la mayoría de las defunciones durante el primer año de vida (92 por ciento). Esto señala los problemas de calidad en la atención prenatal como uno de los principales factores que contribuyen en el aumento de las muertes prematuras. El estudio también encuentra un gradiente socioeconómico. Los niños nacidos de mujeres ubicadas en el quintil más bajo tienen una posibilidad tres veces mayor de fallecer por causas evitables que aquellos nacidos de mujeres ubicadas en el quintil más alto, en parte, porque los partos prematuros son casi el doble en el quintil más bajo. Dejar de fumar de manera efectiva y suministrar progesterona a las mujeres en alto riesgo podría contribuir a reducir la mortalidad. El aumento de la mortalidad, que podría evitarse a través de la atención prenatal efectiva, también podría deberse, en parte, al incremento de las condiciones maternas que afectan al feto (por ejemplo, diabetes), diagnósticos mejorados y una clasificación más exacta de las muertes.

De manera similar, Abreu, César y França (2007) estudiaron las tendencias de la mortalidad evitable de niños y adultos entre 1983 y 2002 en 117 municipios. Al comparar los períodos 1983–1992 y 1993–2002, se encontró una reducción significativa de la mortalidad evitable, mientras que la mortalidad provocada por

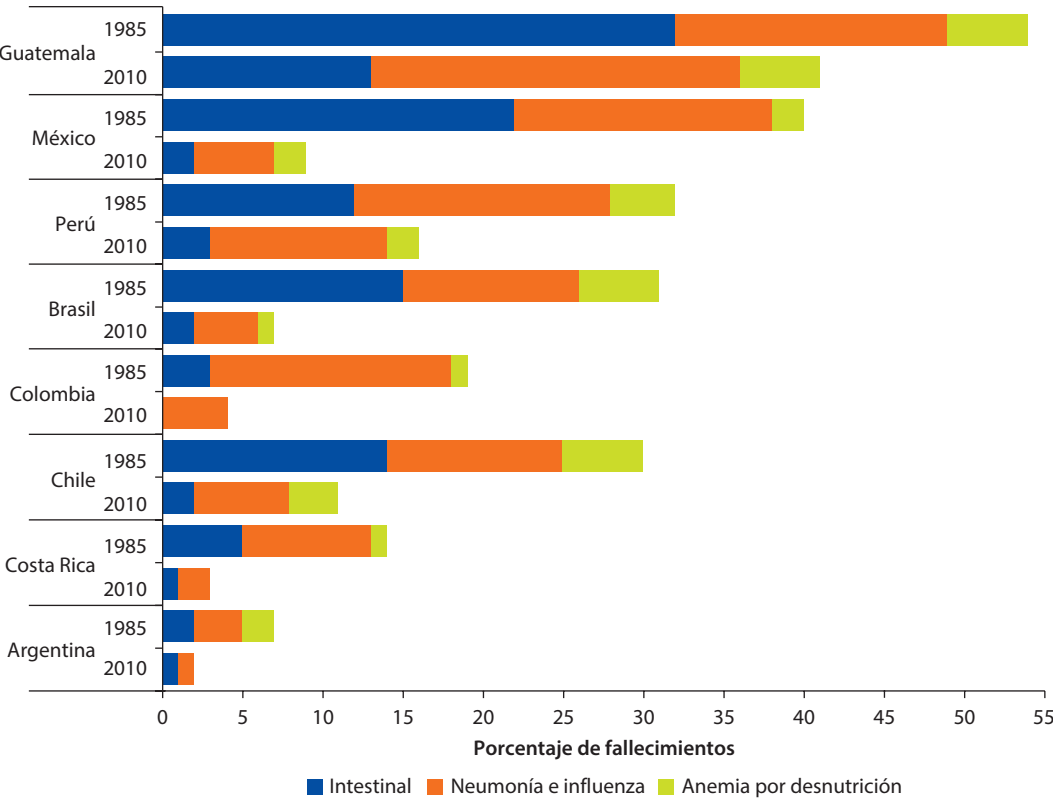
otras causas se mantuvo constante. También, se observó una diferencia significativa de la mortalidad evitable entre mujeres y hombres, en donde la cardiopatía isquémica determinó la mayor parte de esta diferencia (también, se encontraron grandes diferencias por género en la mortalidad provocada por otras causas, muy probablemente debidas a las diferencias en las fatalidades por violencia y accidentes) (Abreu, César y França, 2009).

Se analizaron los datos de la base de datos de la OMS sobre mortalidad, correspondiente al período 1985–2010 con el objetivo de investigar las tendencias de las tasas de mortalidad evitable en dos grupos etarios de ocho países: 0 a 14 y 15 a 69 años. Las principales causas evitables fueron tomadas de la lista propuesta por Nolte y McKee (2003); la desnutrición y las anemias nutricionales se incluyeron como las causas subyacentes de muerte debido a su importancia como determinante social de la salud, aunque son susceptibles a políticas sociales de mayor espectro, no solo a las políticas en materia de salud²⁵. Algunas causas clasificadas como evitables por Nolte y McKee no se incluyeron por su baja incidencia en la región o bien porque había brechas en los datos para definir la causa de muerte.

El gráfico 5.4, nos muestra que, para el grupo con edades menores a los 15 años, la mortalidad evitable por enfermedades intestinales infecciosas, desnutrición, anemias nutricionales, neumonía e influenza representó entre el 14 y 55 por ciento de todas las muertes en los países estudiados, en donde Chile y Costa Rica obtuvieron la proporción más baja y Guatemala la más alta. Para 2010, todos los países habían reducido su porcentaje de mortalidad evitable, aunque las mejoras variaron de forma muy heterogénea, con la mayor disminución absoluta en México y Brasil y los mayores logros relativos se dieron en Chile, Costa Rica, México y Brasil, en donde la tasa de mortalidad evitable cayó por debajo del 10 por ciento del total. Además, todos los países, con la excepción de Guatemala, presentaron una mayor disminución en la tasa de mortalidad evitable que por cualquier otra causa considerada dependiente de la atención médica y de políticas de salud (cuadro 5.2). Lo anterior confirma los hallazgos de las investigaciones previas realizadas en Brasil y sugiere que, en todos los países estudiados, las políticas y los programas en materia de salud implementados en el período contribuyeron en gran manera al mejoramiento de los resultados en materia de salud infantil, lo cual explica en parte la reducción de la mortalidad infantil observada en la región.

En términos de la mortalidad por causas evitables entre los 15 y 69 años, el panorama es más heterogéneo. En 1985, la mortalidad evitable a consecuencia de enfermedades no transmisibles específicas en este grupo etario representó entre el 15 y 37 por ciento de las muertes, dependiendo del país (gráfico 5.5). La mayoría de países presentaron una disminución entre pequeña y moderada en lo que respecta a la mortalidad por causas evitables, en 2010, que osciló entre el 12 y el 29 por ciento. Brasil presentó el mayor descenso absoluto; Brasil y Argentina tuvieron la mayor disminución en términos relativos. El cuadro 5.3 nos demuestra que los niveles de causas evitables de muerte entre los adultos se redujeron en todos los países, pero solo en algunos, como Argentina, Brasil, Chile,

Gráfico 5.4 Proporción de mortalidad por causas infecciosas evitables, 1985 y 2010, grupo etario de 0 a 14 años



Fuente: Estimaciones del Banco Mundial a partir de la base de datos de mortalidad, OMS, modificada.
Nota: Entre las causas evitables están las enfermedades intestinales infecciosas (0 ICD9 001-009, ICD-10 E40-56, D50-53); desnutrición y anemias nutricionales (ICD-9 260-68, CIE-10 A00-9); neumonía e influenza (ICD-9 480-86, 487; ICD-10 J10-18).

Cuadro 5.2 Tasa de mortalidad estandarizada por causas evitables y otras causas de muerte, 1985 y 2010, grupo etario de 0 a 14 años

		Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Guatemala	Mexico	Peru
Enfermedades infecciosas intestinales	1985	10,1	50,0	6,2	36,2	10,1	344,4	70,1	48,1
	2010	1,4	2,3	0,2	2,1	1,0	20,3	2,9	1,8
	Porcentaje	86	95	96	94	90	94	96	96
Desnutrición y anemias por desnutrición	1985	7,7	18,1	1,6	11,9	2,0	56,0	6,8	15,6
	2010	0,6	1,1	0,1	3,2	0,0	9,5	2,3	1,0
	Porcentaje	92	94	94	73	98	83	66	93
Neumonía e influenza	1985	12,7	39,3	27,8	28,5	15,2	174,0	49,2	68,5
	2010	3,4	5,0	3,1	5,6	0,9	34,8	5,6	9,9
	Porcentaje	74	87	89	80	94	80	89	86

Cuadro continúa en la siguiente página

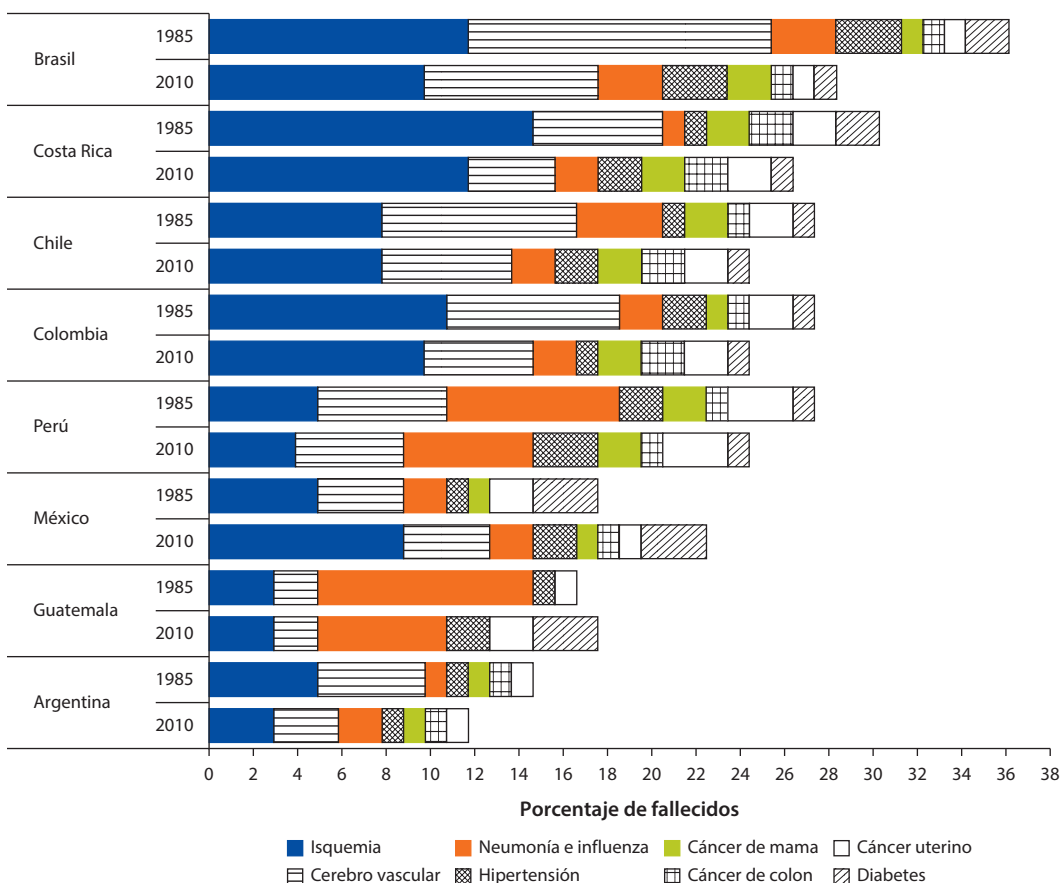
Cuadro 5,2 Tasa de mortalidad estandarizada por causas evitables y otras causas de muerte, 1985 y 2010, grupo etario de 0 a 14 años (continuación)

		Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Guatemala	México	Peru
Evitable ^a	1985	30,5	107,5	35,6	76,7	27,3	573,9	126,1	132,0
	2010	5,4	8,4	3,6	10,8	1,8	64,4	10,8	12,4
	Porcentaje	82	92	90	86	93	89	91	91
Otro	1985	431,2	341,9	188,7	258,1	192,7	553,1	315,5	442,7
	2010	223,2	114,4	73,4	100,7	68,3	118,9	122,4	79,3
	Porcentaje	48	67	61	61	65	92	61	82

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial a partir de la Base de Datos de Mortalidad de la OMS, modificada.

Nota: El método de estandarización directa se aplicó utilizando la población mundial estándar de la OMS 2000.

a. Entre las causas evitables están las enfermedades infecciosas intestinales (ICD-9 001-009, ICD-10 E40-56, D50-53); desnutrición y desnutrición por anemia (ICD-9 260-68, ICD-10 A00-9); neumonía e influenza (ICD-9 480-86, 487; ICD-10 J10-18).

Gráfico 5.5 Proporción de mortalidad por causa evitable específica, 1985 y 2010, grupo etario de 15 a 69 años

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial a partir de la base de datos de mortalidad, OMS, modificada.

Nota: Entre las causas evitables están la hipertensión (ICD-9 401-5; ICD-10 I10-13, I15); enfermedades cerebrovasculares (ICD-9 430-38; ICD-60-69); cardiopatía isquémica, (ICD-9 410-14; ICD-10 I20-25); neoplasma maligno de colon y recto (ICD-9 53-54; ICD-10 C18-21); neoplasma maligno de mama y útero (ICD-9 74, 179, 180, 182; ICD-10 C50, C53-55), y diabetes mellitus (ICD-9 250; ICD-10 E10-14).

Cuadro 5.3 Tasa de mortalidad estandarizada por causas evitables y otras causas de muerte, 1985 y 2010, grupo etario de 15 a 69 años

		Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Costa Rica	Guatemala	México	Peru
Diabetes	1985	1,5	2,8	1,1	1,9	2,0	1,3	6,5	0,7
	2010	1,3	3,0	0,9	1,4	1,1	7,9	9,4	1,2
	Porcentaje	14	5	18	26	45	526	46	78
Enfermedad Cerebrovascular	1985	45,0	75,0	44,4	44,1	21,6	12,2	24,8	18,5
	2010	19,6	32,0	17,9	16,6	10,9	8,1	15,4	8,5
	Porcentaje	56	57	60	62	50	34	38	54
Cardiopatía Isquémica	1985	46,9	66,0	43,4	65,4	54,8	22,1	32,4	15,3
	2010	22,4	41,6	21,7	34,8	29,8	19,1	36,2	8,0
	Porcentaje	52	37	50	47	46	14	12	48
Enfermedad hipertensiva	1985	6,8	16,6	5,4	14,1	4,7	8,7	7,1	6,0
	2010	4,3	14,0	4,4	4,5	5,1	14,6	7,8	4,8
	Porcentaje	37	16	18	68	9	68	9	20
Cáncer de mama	1985	36,9	26,9	27,3	21,9	28,9	5,2	18,1	24,2
	2010	28,5	27,2	21,6	23,2	20,3	12,9	21,8	12,4
	Porcentaje	23	1	21	6	30	147	20	49
Cáncer uterino	1985	12,7	14,2	20,1	23,4	15,6	15,6	22,5	21,4
	2010	9,6	8,7	7,3	10,4	7,3	17,0	9,4	11,1
	Porcentaje	24	39	64	56	53	9	58	48
Cáncer de colon	1985	8,7	4,1	5,0	3,4	4,3	1,2	2,4	2,0
	2010	9,9	6,0	5,5	5,5	6,7	2,6	3,6	2,8
	Porcentaje	14	45	11	59	56	113	52	36
Neumonía e influenza	1985	5,8	14,2	20,9	8,5	2,7	67,7	12,5	24,4
	2010	20,0	13,5	6,6	7,1	6,1	30,5	6,6	11,9
	Porcentaje	247	5	69	17	124	55	47	51
Evitable ^a	1985	110,6	159,3	117,4	120,8	78,6	109,7	84,8	74,3
	2010	81,8	101,7	57,7	63,9	52,9	83,0	71,3	41,7
	Porcentaje	26	36	51	47	33	24	16	44
Otro	1985	818,4	475,6	390,0	400,2	234,8	689,1	417,9	395,2
	2010	656,1	335,6	218,2	238,2	179,8	399,4	258,0	157,5
	Porcentaje	20	29	44	40	23	42	38	60

Fuente: Estimaciones del Banco Mundial, a partir de la base de datos de mortalidad de la OMS, modificada.

Nota: El método directo de estandarización se aplicó utilizando la población mundial estándar de la OMS (2000).

a. Entre las causas evitables están la hipertensión (ICD-9 401-5; ICD-10 I10-13, I15); enfermedades cerebrovasculares (ICD-9 430-38; ICD-60-69); cardiopatía isquémica, (ICD-9 410-14; ICD-10 I20-25); neoplasma maligno de colon y recto (ICD-9 53-54; ICD-10 C18-21); neoplasma maligno de seno y útero (ICD-9 74, 179, 180, 182; ICD-10 C50, C53-55), y diabetes mellitus (ICD-9 250; ICD-10 E10-14).

Colombia y Costa Rica, la reducción de la tasa de mortalidad evitable específica analizada presentó un mayor descenso que la tasa de mortalidad por otras causas. En los últimos 25 años, la tendencia de las enfermedades crónicas específicas ha variado de forma considerable. El número de muertes por ECV disminuyó en los 8 países, mientras que las muertes por cáncer colorrectal aumentaron en todos. Estos resultados deben interpretarse con cautela porque las mejoras en el registro de las causas de muerte, particularmente las causadas por enfermedades no transmisibles, confunden los cambios reales en la mortalidad. Sin embargo,

los hallazgos corroboran la evidencia de otras fuentes que los sistemas de salud no responden en su totalidad a las necesidades emergentes de diagnóstico, manejo y tratamiento de las enfermedades crónicas.

Tasa de supervivencia del cáncer

Los datos de la tasa de supervivencia del cáncer arrojan luz sobre la eficacia del tratamiento en cuanto a las perspectivas de supervivencia²⁶. En la OCDE, ahora existen suficientes datos registrales que permite realizar evaluaciones comparativas entre países sobre la tasa de supervivencia del cáncer, y dichos datos han proporcionado un impulso importante para que los países elaboren sus planes y estrategias y así mejorar el desempeño de la atención oncológica (OCDE, 2013). En el caso del cáncer mamario, la tasa de supervivencia difiere mucho entre los países, de más del 80 por ciento en Noruega y Suiza a casi el 60 por ciento en el caso de Polonia o Brasil.

Los registros del cáncer en LAC están mucho menos desarrollados y existen pocos datos sistemáticos sobre las tasas de supervivencia. Un estudio encontró diferencias entre pacientes con cáncer de cuello uterino en las zonas urbanas y rurales, lo que fue atribuido a un bajo nivel académico, el subempleo y la falta de cobertura del seguro social (Palacio-Mejía *et al.*, 2003). En este sentido, resultados similares se han reportado para el cáncer infantil, el cual reporta terribles tasas de supervivencia en regiones con condiciones socioeconómicas pobres, poblaciones más rurales y alejadas de los centros especializados de atención al cáncer (Pérez-Cuevas *et al.*, 2013; Ribeiro, Lopes y De Camargo, 2007).

En conclusión

Los indicadores de cobertura, utilización y protección financiera probablemente seguirán siendo el pilar del monitoreo de la CUS. Sin embargo, los indicadores tradicionales tienen algunas limitaciones importantes. Arrojan poca luz sobre si se están atendiendo las principales necesidades de atención médica con eficacia, si se brinda atención médica en forma oportuna y si la calidad de los servicios es idónea, es decir, todos los factores que pueden crear una brecha significativa entre la utilización de los servicios médicos y los resultados del paciente.

El análisis de este capítulo ha demostrado cómo las encuestas y los datos administrativos pueden arrojar luces importantes complementarias sobre el desempeño de los sistemas de salud y el avance hacia la construcción de la CUS. En los últimos años, muchos países de la OCDE han realizado importantes inversiones en sistemas y capacidades para monitorear de forma sistemática las necesidades insatisfechas, los tiempos de espera y la calidad de la atención médica. Dichos esfuerzos en LAC apenas dan sus primeros pasos. Sin embargo, muchos países poseen sistemas de datos administrativos ya desarrollados —como registros oncológicos, reclamos de seguros médicos y datos de ingresos hospitalarios— que podrían aplicarse de manera amplia para evaluar y monitorear el desempeño del sistema de salud. Algunos países también están invirtiendo en sistemas para darle seguimiento a los tiempos de espera y a las encuestas de chequeos médicos mediante marcadores biológicos; dichos esfuerzos son importantes. Sin embargo,

la calidad y el acceso a los datos, la falta de estandarización, así como las limitaciones en la capacidad de los ministerios de salud a menudo restringen su uso para monitorear el desempeño del sistema de salud.

Notas

1. Aunque existen notables diferencias en cuanto a la terminología de los marcos evaluativos, el desempeño del sistema de salud por lo general se evalúa con base en las metas intrínsecas de mejorar el nivel y la distribución de los resultados en salud, capacidad de respuesta y protección financiera. Además de estas metas intrínsecas, la mayoría de los marcos también destacan resultados intermedios importantes como acceso, cobertura, eficiencia, calidad y a veces otros elementos, así como componentes o factores claves para alcanzar los resultados intermedios y las metas intrínsecas (Hurst y Jee-Hughes, 2001; OCDE, 2002; Roberts *et al.*, 2003; Smith, Mossialos y Papanicolas, 2008; OMS, 2000, 2007).
2. Incluso con las inmunizaciones infantiles, la calidad puede ser un importante tema de preocupación. Por ejemplo, la eficacia de muchas vacunas depende del proceso de manufactura, de una cadena de frío intacta desde la producción hasta la entrega de las vacunas, aplicación oportuna de las dosis y demás factores. Estas condiciones no se cumplen en muchos contextos, en cuyo caso los niños inmunizados podrían presentar una inmunización limitada o nula a pesar de haber sido vacunados.
3. Incluso guarda relación con la fórmula de efectividad comunitaria extraída de la literatura sobre la evaluación tecnológica en materia de salud: Efectividad = Eficacia \times Diagnóstico exacto \times Cobertura \times Cumplimiento usuario \times Cumplimiento proveedor.
4. En 2011, el número de muertes atribuidas a las ECV y diabetes se estimó en aproximadamente 100 000 y 350 000 respectivamente, con un elevado costo económico y fiscal (OMS, 2011). Se calculó que los costos atribuidos a las ECV en los sistemas de salud de LAC están alrededor de los USD 10 000 millones, mientras que el valor de las pérdidas productivas fue de unos USD 19 000 millones (Bloom *et al.*, 2011).
5. Estudios a menor escala realizados en otros países confirman que existen patrones similares de diagnóstico y tratamiento insatisfactorios. Por ejemplo, se encontró que la mitad de la población diabética en República Dominicana no había sido diagnosticada (Peláez Morales *et al.*, 1997).
6. Un problema importante con la interpretación de los datos oncológicos en la región es que son extrapolados de bases de datos hospitalarios locales o regionales y solo una pequeña parte de la población en la región está cubierta por los registros oncológicos nacionales, en contraste con el 96 por ciento en EE. UU. y el 32 por ciento en Europa. Véase Centros para el Control y Prevención de Enfermedades del Programa Nacional de Registros de Cáncer (consultado el 22 de agosto de 2013), <http://www.cdc.gov/cancer/npcr/about.htm>. También véase Goss *et al.* (2013).
7. El diagnóstico tardío tiende a limitar las opciones de tratamiento. Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, el diagnóstico en una etapa avanzada, combinado con la limitada disponibilidad de otros tratamientos, conduce a mayores índices de procedimientos radicales como la mastectomía en países de ingreso bajo y mediano en comparación con los países de alta renta. Por ejemplo, un informe del Instituto Nacional de Cancerología en México (INCAN) mostró una tasa de mastectomía del 85 por

- ciento en sus instituciones, mientras que en Estados Unidos es más común realizar cirugías que conservan la mama y solo en el 37 por ciento de los casos se realiza una mastectomía (Chávarri-Guerra *et al.*, 2012).
8. La evidencia se sustenta en los datos del sistema de pago (*Autorização de Procedimento de Alta Complexidade, APAC*) y se refiere a todos los tipos de cáncer para los cuales se solicitó radio y/o quimioterapia.
 9. Es probable que estas diferencias reflejen una serie de factores, incluyendo disparidades entre los grupos en cuanto a la facilidad del acceso, calidad de los servicios y condiciones demográficas y socioeconómicas.
 10. Las estimaciones de las encuestas, que también toman en cuenta los servicios privados brindados en los últimos tres años, sugieren una mayor cobertura de aproximadamente el 59 por ciento, aunque con disparidades significativas en los grupos socioeconómicos (ver capítulo 4).
 11. La evidencia sugiere que los tiempos de esperas conllevan a peores resultados en materia de salud, especialmente en el caso de atención tardía durante una emergencia (Guttmann *et al.*, 2011). En el caso de cáncer mamario, se han encontrado retrasos de más de 12 semanas que afectan la etapa y, en consecuencia, el resultado y la supervivencia (Richards *et al.*, 1999).
 12. Las encuestas de opinión a menudo se basan en muestras relativamente pequeñas y las respuestas tienden a ser muy sensibles a la forma en que se formulan las preguntas. Por lo tanto, los resultados deben tratarse con cierto cuidado.
 13. En ambos países, la razón más importante para no buscar atención fue porque el individuo pensó que mejoraría sin necesidad de buscar atención médica.
 14. En la encuesta, el 61 por ciento de los encuestados considera que los servicios médicos públicos son deficientes o terribles y el 85 por ciento no observa cambios o ha empeorado el sistema de salud en los últimos tres años. Sin embargo, de aquellos que realmente utilizaron el sistema universal de salud (SUS) en el último año, solo el 22 por ciento considera que los servicios son deficientes o muy deficientes.
 15. En la encuesta de Datafolha e IESS, los hogares calificaron al seguro médico privado como el segundo activo más deseado en el hogar, por delante de un carro, seguro de vida, artículos electrodomésticos nuevos y computadora, donde contar con casa propia fue único elemento clasificado como más importante.
 16. El índice se basa en las Directrices del Programa de Humanización de la Atención Prenatal y del Parto, establecidas por el Ministerio de Salud de Brasil. El índice evalúa los siguientes criterios: 1) inicio de las consultas prenatales antes de las 16 semanas de gestación; 2) mínimo de consultas prenatales en relación con la edad de gestación; 3) resultados de la primera ronda de exámenes de rutina (glucemia, factor Rh, sífilis, VIH, etc.) desde la semana 22 de gestación; 4) vacuna contra el tétano en la semana 28 de gestación; 5) resultados de la segunda ronda de exámenes de rutina (glucemia, sedimento en la orina y sífilis) después de la semana 34 de gestación.
 17. El estudio utilizó el Índice para una Adecuada Utilización de la Atención Prenatal (Kotelchuck, 1994) para evaluar la idoneidad del cuidado prenatal. Una atención inadecuada se define como la atención prenatal que apenas se da partir de la semana 15 de gestación o bien la proporción resultante de consultas por debajo del 50 por ciento de consultas esperadas.
 18. Al poner el 20 por ciento como umbral para definir el uso excesivo de las cesáreas (CS) (la OMS recomienda no más del 15 por ciento), hay 4 millones de CS en exceso

en 46 países del mundo. Según los cálculos de la OMS, el “excedente” mundial de CS en 2008 tuvo un costo estimado de USD 2 350 millones (todos los costos están denominados en USD constantes de 2005), mientras que el costo de las CS “necesarias” a nivel mundial en 2008 se calculó en unos USD 432 millones. Se calcula que el costo de una CS es aproximadamente 2,8 veces mayor en los países con “exceso” de procedimientos que en aquellos donde los procedimientos son “necesarios”. Además, el número total de CS en “exceso” en 2008 sobrepasó el número de CS “necesarias” en una proporción de 1,9 (Gibbons *et al.*, 2010).

19. El estudio incluyó una revisión de las estadísticas nacionales y de los registros hospitalarios, un inventario de las instalaciones y observaciones de la interacción cliente-proveedor durante el parto en 14 instalaciones.
20. Tomando a Brasil como un ejemplo, solo 24 centros ofrecen atención paliativa en todo el país y Brasil presentó la proporción más baja de servicios hospitalarios o atención paliativa por habitante en 21 países de LAC (Wright *et al.*, 2008).
21. La morfina y otros opioides son necesarios para controlar dolores severos y la OMS los ha incluido en la lista de medicamentos esenciales. OMS: *Temas de salud: Medicamentos esenciales (consultado el 28 de agosto de 2013)*, http://www.who.int/selection_medicines/list/en/.
22. Si bien los criterios de diagnóstico mostraron mucha consistencia con las directrices nacionales, existían variaciones considerables en los objetivos del tratamiento para la glucosa en la sangre, así como en los índices de gestión eficaz de los factores de riesgo cardiovasculares en personas diabéticas.
23. La lista de condiciones en donde la mortalidad se considera evitable presenta cambios significativos con el tiempo y entre un estudio y otro. En parte, refleja no solo la introducción de nuevas tecnologías, sino también hasta qué punto los estudios respectivos se han enfocado en los servicios personales de atención médica o en intervenciones amplias de prevención primaria. Véase Nolte y McKee (2003).
24. Por supuesto, los cambios en la mortalidad por causas evitables reflejan cambios en la incidencia y en la efectividad de la atención médica (el tratamiento y la prevención secundaria y terciaria). Por lo tanto, se necesita tener cierto cuidado en la interpretación de los datos. Nolte y McKee (2003) señalan que nunca se pretendió que “la mortalidad por causas evitables sea más que solo un indicador de las posibles debilidades de la atención médica que luego puedan investigarse con mayor profundidad”.
25. Las causas evitables seleccionadas para el grupo etario de 0 a 14 años comprenden enfermedades intestinales infecciosas (ICD-9 001-009; ICD-10 E40-56, D50-53); desnutrición y anemias nutricionales (ICD-9 260-68; ICD-10 A00-9); neumonía e influenza (ICD-9 480-86, 487; ICD-10 J10-18). Para el grupo de 15 a 69 años, las causas evitables son hipertensión (ICD-9 401-5; ICD-10 I10-13, I15); ECV (ICD-9 430-38; ICD-10 I20-25); cardiopatía isquémica (ICD-9 410-14; ICD-10 I20-25); neoplasia maligna de colon y recto (ICD-9 53-54; ICD-10 C18-21); neoplasia maligna de mama y útero (ICD-9 74, 179, 180, 182; ICD-10 C50, C53-55); diabetes mellitus (ICD-9 250; ICD-10 E10-14). Las causas no especificadas se distribuyeron de forma proporcional según las causas definidas por país, año y grupo de edad.
26. El índice de supervivencia de cáncer se define como la proporción de pacientes con un tipo de cáncer en particular que todavía están vivos después de un periodo de tiempo definido (por ejemplo, cinco años) comparada con aquellos que están vivos sin presentar ninguna enfermedad.

Referencias bibliográficas

- Abreu, Daisy Maria Xavier de, Cibele Comini César y Elisabeth Barboza França (2007), "Relação entre as causas de morte evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil", *Revista Panamericana de Salud Pública* 21 (5): 282–91.
- (2009), "Diferenciais entre homens e mulheres na mortalidade evitável no Brasil (1983–2005)", *Cadernos de Saúde Pública* 25 (12): 2672–82.
- Agurto, I., A. Bishop, G. Sanchez, Z. Betancourt y S. Robles (2004), "Perceived Barriers and Benefits to Cervical Cancer Screening in Latin America", *Preventive Medicine* 39 (1): 91–98.
- AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) (2013), 2012 National Healthcare Quality Report, Rockville, MD, <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrdr/nhqr12/index.html>.
- Anderson, Benjamin O., Eduardo Cazap, Nagi S. El Saghir, Cheng-Har Yip, Hussein M. Khaled, Isabel V. Otero, Clement A. Adebamowo, Rajendra A. Badwe y Joe B. Harford (2010), "Optimisation of Breast Cancer Management in Low-Resource and Middle-Resource Countries: Executive Summary of Breast Health Global Initiative Consensus", *The Lancet Oncology* 12: 387–98.
- Arah, Onyebuchi A., Gert P. Westert, Jeremy Hurst y Niek S. Klazinga (2006), "A Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", *International Journal for Quality in Health Care* 18 (supl. 1): 5–13.
- Bargallo, Juan Enrique, Fernando Lara, Robin Shaw-Dulin, Víctor Pérez-Sánchez, Cynthia Villarreal-Garza, Héctor Maldonado-Martínez, Alejandro Mohar-Betancourt, Carl Yoshizawa, Emily Burke, Timothy Decker y Calvin Chao (2015), "A Study of the Impact of the 21-Gene Breast Cancer Assay on the Use of Adjuvant Chemotherapy in Women with Breast Cancer in a Mexican Public Hospital", *Journal of Surgical Oncology* 111 (2): 203–07.
- Barros, Fernando C., Cesar G. Victora, Aluisio J. D. Barros, Ina S. Santos, Elaine Albernaz, Alicia Matijasevich, Marlos R. Domingues, Iândora K. T. Sclowitz, Pedro C. Hallal, Mariângela F. Silveira y J. Patrick Vaughan (2005), "The Challenge of Reducing Neonatal Mortality in Middle-Income Countries: Findings from Three Brazilian Birth Cohorts in 1982, 1993 and 2004", *The Lancet* 365 (9462): 847–54.
- Bitrán R., L. Escobar y P. Gassibe (2010), "After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates", *Health Affairs* 29: 2161.
- Bloom, D. E., E. T. Cafiero, E. Jané-Llopis, S. Abrahams-Gessel, L. R. Bloom, S. Fathima, A. B. Feigl, T. Gaziano, M. Mowafi, A. Pandya, K. Prettnner, L. Rosenberg, B. Seligman, A. Z. Stein y C. Weinstein (2011), *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Ginebra: Foro Económico Mundial.
- Bright, Kristin, Maya Barghash, Martin Donach, Marcos Gutiérrez de la Barrera, Robert J. Schneider y Silvia C. Formenti (2011), "The Role of Health System Factors in Delaying Final Diagnosis and Treatment of Breast Cancer in Mexico City, Mexico", *The Breast* 20: S54–59.
- Callaway, Mary, Kathleen M. Foley, Liliana De Lima, Stephen R. Connor, Olivia Dix, Thomas Lynch, Michael Wright y David Clark (2007), "Funding for Palliative Care Programs in Developing Countries", *Journal of Pain and Symptom Management* 33: 509–13.

- Campbell, Stephen M., Martin O. Roland y Stephen A. Buetow (2000), "Defining Quality of Care", *Social Science & Medicine* 51 (11): 1611–25.
- Cazap, E., A. Buzaid, C. Garbino, J. de la Garza, F. Orlandi, G. Schwartzmann, C. T. Vallejos, A. Gercovich y G. Breitbart (2010), "Breast Cancer in Latin America: Experts Perceptions Compared with Medical Care Standards", *The Breast* 19: 50–54.
- Chávarri-Guerra, Y., C. Villarreal-Garza, P. Liedke, F. Knaul, A. Mohar, D. M. Finkelstein y P. E. Goss (2012), "Breast Cancer in Mexico: A Growing Challenge to Health and the Health System", *The Lancet Oncology* 13: e335–43.
- CNI (Confederação Nacional da Indústria) (2012), "Retratos da sociedade brasileira: Saúde pública. Pesquisa CNI-IBOPE", CNI, Brasília.
- Concha, D. F., V. N. Pastén, F. V. Espinosa y A. F. López (2008), "Impacto de la Implementación del Plan AUGÉ en la detección prenatal de Cardiopatías Congénitas", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 73: 163–72.
- Das, Jishnu y Jeffrey Hammer (2014), "Practice Quality Variation in Low-Income Countries: Facts and Economics", *Annual Review of Economics* 6 (1).
- DCCT/EDIC (Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications) Study Research Group (2005), "Intensive Diabetes Treatment and Cardiovascular Disease in Patients with Type 1 Diabetes", *The New England Journal of Medicine* 353: 2643–53, doi: 10.1056/NEJMoa052187.
- Deloitte (2011a), "2011 Survey of Health Care Consumers in Mexico: Key Findings, Strategic Implications", Deloitte Center for Health Solutions.
- (2011b), "2011 Survey of Health Care Consumers in Brazil: Key Findings, Strategic Implications", Deloitte Center for Health Solutions.
- Domingues, Rosa Maria Soares Madeira, Zulmira Maria de Araújo Hartz, Marcos Augusto Bastos Dias y Maria do Carmo Leal (2012), "Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil", *Cadernos de Saúde Pública* 28: 425–37.
- Donabedian, Avedis (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment—Explorations in Quality Assessment and Monitoring*, vol. 1, Ann Arbor: Health Administration Press.
- Escarião, Paulo Henrique Gonçalves, Tiago Eugênio Faria de Arantes, Telma Lúcia Tabosa Florêncio y Ana Lúcia de Andrade Lima Arcoverde (2008), "Epidemiologia e diferenças regionais da retinopatia diabética em Pernambuco, Brasil", *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia* 71 (2): 172–75.
- Estadão (diario) (2013), "SP tem 800 mil pedidos médicos na fila de espera", São Paulo.
- Ferlay, J., H. R. Shin, F. Bray, D. Forman, C. Mathers y D. M. Parkin (2008), "Cancer Incidence and Mortality Worldwide: GLOBOCAN 2008" (consultado el 25 de agosto de 2013), <http://globocan.iarc.fr>.
- Gage, J. C., C. Ferreccio, M. Gonzales, R. Arroyo, H. Militza y S. Robles (2003), "Follow-up Care of Women with an Abnormal Cytology in a Low-Resource Setting", *Cancer Detection and Prevention* 27: 466–71.
- Gakidou, E., L. Mallinger, J. Abbott-Klafter, R. Guerrero, S. Villalpando, R. Lopez Ridauro, W. Aekplakorn, M. Naghavi, S. Lim, R. Lozano y J. L. C. Murray (2011), "Management of Diabetes and Associated Cardiovascular Risk Factors in Seven Countries: A Comparison of Data from National Health Examination Surveys", *Bulletin of the World Health Organization* 89: 172–83.

- Gamba, M. A (1998), "Amputações por diabetes mellitus, uma prática prevenível?", *Acta Paulista de Enfermagem* 11 (3): 92–100.
- Gaziano, A. B., M. Mowafi, A. Pandya, K. Prettnner, L. Rosenberg, B. Seligman, A. Z. Stein y C. Weinstein (2011), *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*, Ginebra: Foro Económico Mundial.
- Gibbons, Luz, José M. Belizán, Jeremy A. Lauer, Ana P. Betrán, Mario Meriáldi y Fernando Althabe (2010), "The Global Numbers and Costs of Additionally Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed Per Year: Overuse as a Barrier to Universal Coverage", antecedentes del Informe sobre la salud en el mundo, 1–31.
- Gorgot, Luis Ramon Marques da Rocha, Iná Santos, Neiva Valle, Alicia Matisajevich, Aluisio J. D. Barros y Elaine Albernaz (2011), "Avoidable Deaths until 48 Months of Age among Children from the 2004 Pelotas Birth Cohort", *Revista de Saúde Pública* 45 (2): 334–42.
- Goss, Paul E., Brittany L. Lee, Tanja Badovinac-Crnjevic, Kathrin Strasser-Weippl, Yanin Chavarri-Guerra, Jessica St. Louis, Cynthia Villarreal-Garza, Karla Unger-Saldaña, Mayra Ferreyra, Márcio Debiasi, Pedro E. R. Liedke, Diego Touya, Gustavo Werutsky, Michaela Higgins, Lei Fan, Claudia Vasconcelos, Eduardo Cazap, Carlos Vallejos, Alejandro Mohar, Felicia Knaul, Hector Arreola, Rekha Batura, Silvana Luciani, Richard Sullivan, Dianne Finkelstein, Sergio Simon, Carlos Barrios, Rebecca Kightlinger, Andres Gelrud, Vladimir Bychkovsky, Gilberto Lopes, Stephen Stefani, Marcelo Blaya, Fabiano Hahn Souza, Franklin Santana Santos, Alberto Kaemmerer, Evandro de Azambuja, Andrés Felipe Cardona Zorilla, Raul Murillo, José Jerónimo, Vivien Tsu, Andre Carvalho, Carlos Ferreira Gil, Cinthya Sternberg, Alfonso Dueñas-González, Dennis Sgroi, Mauricio Cuello, Rodrigo Fresco, Rui Manuel Reis, Guiseppe Masera, Raúl Gabús, Raul Ribeiro, Renata Knust, Gustavo Ismael, Eduardo Rosenblatt, Berta Roth, Luisa Villa, Argelia Lara Solares, Marta Ximena León, Isabel Torres-Vigil, Alfredo Covarrubias-Gómez, Andrés Hernández, Mariela Bertolino, Gilberto Schwartzmann, Sergio Santillana, Francisco Esteva, Luis Fein, Max Mano, Henry Gomez, Marc Hurlbert, Alessandra Durstine y Gustavo Azenha (2013), "Planning Cancer Control in Latin America and the Caribbean", *The Lancet Oncology* 14: 391–436.
- Gragnotati, M., M. Lindelow y B. Couttolenc (2013), *20 Years of Health System Reform in Brazil: An Assessment of the Sistema Unico de Saude*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Guanais, Frederico C., Ronald Gómez-Suárez y Leonardo Pinzón (2012), "Primary Care Effectiveness and the Extent of Avoidable Hospitalizations in Latin America and the Caribbean", documento para discusión IDB-DP-266, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, DC.
- Guttmann, Astrid, Michael J. Schull, Marian J. Vermeulen y Therese A. Stukel (2011), "Association between Waiting Times and Short-Term Mortality and Hospital Admission after Departure from Emergency Department: Population-Based Cohort Study from Ontario, Canada", *British Medical Journal* 342: d2983.
- Hurst, J. y M. Jee-Hughes (2001), "Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems", Labour Market and Social Policy Occasional Paper 47, OCDE, París.
- IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar) (2011), "Pesquisa IESS/Datafolha aponta que o plan de saúde é uma necessidade e desejo do brasileiro", *Saúde Suplementar em Foco, Informativo Eletrônico* 2 (13).

- INCA (2010), "Análise da Atenção Oncológica no Brasil: Acesso, medicamentos e equipamentos", presentación de Luiz Santini en el Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 7 de julio.
- Institute of Medicine of the National Academies (2001), *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Committee on Quality of Health Care in America, Washington, DC: National Academies Press.
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) (2011), *Sistema de indicadores de Percepção social: Saúde*, Brasília: IPEA.
- Kelley, Edward y Jeremy Hurst (2006), "Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper", documentos de trabajo de salud de la OCDE 23, OCDE, París.
- Kotelchuck, Milton (1994), "An Evaluation of the Kessner Adequacy of Prenatal Care Index and a Proposed Adequacy of Prenatal Care Utilization Index", *American Journal of Public Health* 84 (9): 1414–20.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, Lina Sofia Palacio-Mejía, Betania Allen-Leigh, Elsa Yunes-Díaz, Patricia Alonso, Raffaella Schiavon y Mauricio Hernández-Ávila (2008), "Decreasing Cervical Cancer Mortality in Mexico: Effect of Papanicolaou Coverage, Birthrate y the Importance of Diagnostic Validity of Cytology", *Cancer Epidemiology, Biomarkers and Prevention* 17: 2808–17.
- Lee, B. L., P. Liedke, C. H. Barrios, S. D. Simon, D. M. Finkelstein y P. E. Goss (2012), "Breast Cancer in Brazil: Present Status and Future Goals", *The Lancet Oncology* 13: e95–102.
- Lohr, Kathleen N., ed. (1990), *Medicare: A Strategy for Quality Assurance*, vol. 1, Washington, DC: National Academies Press.
- López-Carrillo, L., L. Torres-Sánchez, M. López-Cervantes y C. Rueda-Neria (2001), "Identification of Malignant Breast Lesions in Mexico", *Salud Pública de México* 43: 199–202.
- Lora, Miranda, América Liliana, Marta Margarita Zapata Tarrés, Elisa María Dorantes Acosta, Alfonso Reyes López, Daniela Marín Hernández, Onofre Muñoz Hernández y Juan Garduño Espinosa (2011), "Estímulo iatrotópico y tiempo al diagnóstico en pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda", *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* 68 (6): 419–24.
- Madrigal de la Campa, M. L., E. C. Lazcano Ponce y C. Infante Castaneda (2005), "Overuse of Colposcopy Service in Mexico", *Ginecología y Obstetricia de México* 73: 637–47.
- Malta, Deborah Carvalho, Elisabeth Carmen Duarte, Juan José Corez Escalante, Márcia Furquim de Almeida, Luciana M. Vasconcelos Sardinha, Eduardo Marques Macário, Rosane Aparecida Monteiro y Otaliba Libânio de Moraes Neto (2010), "Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde", *Cadernos de Saúde Pública* 26 (3): 481–91.
- Marinho, L. A., J. G. Cecatti, M. J. Osís y M. S. Gurgel (2008), "Knowledge, Attitude and Practice of Mammography among Women Users of Public Health Services", *Revista de Saúde Pública* 42: 200–07.
- Marshall, Martin, Sheila Leatherman y Soeren Mattke (2004), "Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries", documento técnico de salud de la OCDE 16, OCDE, París.

- McKee, Martin y Anthony J. McMichael (2008), "The Health of Nations", *British Medical Journal* 337, <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a2811>.
- Miller, S., M. Cordero, A. L. Coleman, J. Figueroa, S. Brito-Anderson, R. Dabagh, V. Calderón, F. Cáceres, A. J. Fernández y M. Núñez (2003), "Averting Maternal Death and Disability. Quality of Care in Institutionalized Deliveries: The Paradox of the Dominican Republic", *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 82: 89–103.
- MinSalud (2012), "Evaluación de la percepción social del sistema de salud y ordenamiento de las entidades promotoras de salud", presentación en PowerPoint, octubre de 2012, Oficina de Calidad.
- Mohar, A., E. Bargallo, M. T. Ramírez, F. Lara y A. Beltrán-Ortega (2009), "Available Resources for the Treatment of Breast Cancer in Mexico", *Salud Pública de México* 51: s263–69.
- Morales Peláez, Eduardo, Méjico Ángeles Suárez, Juan Batlle Pichardo y Félix M. Escaño Polanco (1997), "República Dominicana diabetes y ceguera: Resultados de una encuesta nacional realizada por Clubes de Leones Distrito Múltiple R", Clubes de Leones.
- Murillo, R., C. Wiesner, R. Cendales, M. Pineros y S. Tovar (2011), "Comprehensive Evaluation of Cervical Cancer Screening Programs: The Case of Colombia", *Salud Pública de México* 53: 469–77.
- National Cancer Institute (2011), "SEER Cancer Statistics Review, 1975–2008", http://seer.cancer.gov/csr/1975_2008/.
- Nazzari, N. C. T. P. Campos, H. R. Corbalán, Z. F. Lanas, J. J. Bartolucci, C. P. Sanhueza, C. G. Cavada y D. J. C. Prieto (2008), "The Impact of Chilean Health Reform in the Management and Mortality of ST Elevation Myocardial Infarction (STEMI) in Chilean Hospitals", *Revista Médica de Chile* 136 (10): 1231–39.
- Nolte, E. y M. McKee (2003), "Measuring the Health of Nations: How Much Is Attributable to Health Care? An Analysis of Mortality Amenable to Medical Care", *British Medical Journal* 327: 1129–32.
- (2004), *Does Healthcare Save Lives? Avoidable Mortality Revisited*, Londres: Nuffield Trust.
- (2012), "In Amenable Mortality—Deaths Avoidable through Health Care Progress in the United States Lags that of Three European Countries", *Health Affairs* 31: 2114–22.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) (2002), *Measuring Up: Improving Health System Performance in OECD Countries*, París: OCDE.
- (2011), *Health at a Glance 2011*, París: OCDE.
- (2012), *Health at a Glance 2012*, París: OCDE.
- (2013), "Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival", estudios de políticas de salud de la OCDE, París.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2000), *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, Ginebra: OMS.
- (2006), *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*, Ginebra: OMS.
- (2007), *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO's Framework for Action, Ginebra: OMS.

- (2011), “Global Health Observatory Data Repository. World Bank Regions: Latin America and Caribbean, Number of Deaths by Cause”, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.CODWBDCPLAC?lang=en>.
- (2013), “Strengthening of Palliative Care as a Component of Integrated Treatment throughout the Life Course”, EB134/28, OMS, Ginebra.
- OMS y Banco Mundial (2014), “Monitoring Progress toward Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework”, documento para discusión conjunto de la OMS/Grupo Banco Mundial, OMS y Banco Mundial, Washington, DC.
- Palacio-Mejía, L. S., G. Rangel-Gómez, M. Hernández-Ávila y E. Lazcano-Ponce (2003), “Cervical Cancer, a Disease of Poverty: Mortality Differences between Urban and Rural Areas in Mexico”, *Salud Pública de México* 45 (supl. 3): 315–25.
- Paraje, Guillermo y Felipe Vásquez (2012), *Toward Universal Health Coverage: The Case of Chile*, Washington, DC: Banco Mundial.
- Pérez-Cuevas, Ricardo, Svetlana V. Doubova, Marta Zapata-Tarres, Sergio Flores-Hernández, Lindsay Frazier, Carlos Rodríguez-Galindo, Gabriel Cortes-Gallo, Salomon Chertorivski-Woldenberg y Onofre Muñoz-Hernández (2013), “Scaling Up Cancer Care for Children without Medical Insurance in Developing Countries: The Case of Mexico”, *Pediatric Blood and Cancer* 60: 196–203.
- Pérez-Then, Eddy, Ana Gómez, Roberto Espinal, Jeannette Báez, Erwin Cruz Bournigal, Ceila Pérez-Ferrán, Rosa Abreu, Samuel Guerrero, Emilton López, Fátima Guerrero y Equipo CENISMI (2008), “Calidad de atención a la embarazada y al niño sano en centros de primer nivel de atención de las regiones de salud III, IV, V y VI de la República Dominicana”, informe final, Centro Nacional de Investigaciones en Salud Maternoinfantil (CENISMI), Santo Domingo, República Dominicana.
- Ribeiro, Eleonora R. O., Alzira Maria D. N. Guimarães, Heloísa Bettiol, Danilo D. F. Lima, Maria Luiza D. Almeida, Luiz de Souza, Antônio Augusto M. Silva y Ricardo Q. Gurgel (2009), “Risk Factors for Inadequate Prenatal Care Use in the Metropolitan Area of Aracaju, Northeast Brazil”, *BMC Pregnancy and Childbirth* 9: 31.
- Ribeiro, K. B., L. F. Lopes y B. De Camargo (2007), “Trends in Childhood Leukemia Mortality in Brazil and Correlation with Social Inequalities”, *Cancer* 110: 1823–31.
- Richards, M. A., P. Smith, A. J. Ramirez, I. S. Fentiman y R. D. Rubens (1999), “The Influence on Survival of Delay in the Presentation and Treatment of Symptomatic Breast Cancer”, *British Journal of Cancer* 79: 858–64.
- Roberts, M., W. Hsiao, P. Berman y M. Reich (2003), *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*, Nueva York: Oxford University Press.
- Ross, Anna Gabriela, José Luis Zeballos y Alberto Infante (2000), “Quality and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean”, *Revista Panamericana de Salud Pública* 8 (1–2): 93–98.
- Salles, Marcio de Almeida, Agostinho Pinto Gouvêa, Daniela Savi, Marco Aurélio Figueiredo, Ramão Tavares Neto, Rodrigo Assis de Paula y Helenice Gobbi (2008), “Training and Standardized Criteria Improve the Diagnosis of Premalignant Breast Lesions”, *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia* 30: 550–5.
- Santos, Iná S., Alicia Matijasevich, Aluisio J. D. Barros, Elaine P. Albernaz, Marlos Rodrigues Domingues, Neiva C. J. Valle, Deborah Carvalho Malta, Luís Ramón M. R. Gorgot y Fernando C. Barros (2011), “Avoidable Deaths in the First Four Years of Life among Children in the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study”, *Cadernos de Saúde Pública* 27: s185–97.

- Savedoff, William (2009), "A Moving Target: Universal Access to Healthcare Services in Latin America and the Caribbean", document de trabajo del Departamento de Investigación del BID 667, Washington, DC.
- Schuster, Mark A., Elizabeth A. McGlynn y Robert H. Brook (2005), "How Good Is the Quality of Health Care in the United States?", *Milbank Quarterly* 83 (4): 843–95.
- Shengelia, Bakhuti, Christopher J. L. Murray y Orville B. Adams (2003), "Beyond Access and Utilization: Defining and Measuring Health System Coverage", en *Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism*, editado por Christopher J. L. Murray and David B. Evans, 221–34, Ginebra: OMS.
- Siciliani, L., M. Borowitz y V. Moran (2013), "Waiting Time Policies in the Health Sector. What Works?", estudios de políticas de salud de la OCDE, OCDE, París.
- Simon, S. D., J. Bines, C. H. Barrios, J. Nunes, E. Gomes, F. Pacheco, A. Santana Gomes, J. Segalla, S. Crocamo-Costa, D. Gimenes, B. van Eyll, G. Queiroz, G. Borges, L. Dal Lago y C. Vasconcellos (2009), "Clinical Characteristics and Outcomes of Treatment of Brazilian Women with Breast Cancer Treated at Public and Private Institutions—The AMAZONE Project of the Brazilian Breast Cancer Study Group (GBECAM)", Abstract 3082, San Antonio Breast Cancer Symposium December 11, San Antonio, TX.
- Smith, P., E. Mossialos y I. Papanicolas (2008), "Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges, and Prospects", documento de antecedentes, OMS en nombre del Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, Copenhagen.
- Sosa-Rubí, S. G., D. Walker y E. Serván (2009), "Performance of Mammography and Papanicolaou among Rural Women in Mexico", *Salud Pública de México* 51 (supl. 2): 236–45.
- Staessen, Jan A., Ji-Guang Wang y Lutgarde Thijs (2001), "Cardiovascular Prevention and Blood Pressure Reduction: A Meta-Analysis", *The Lancet* 359: 1305–15.
- TCU (Tribunal de Contas da União) (2011), *Política Nacional de Atenção Oncológica/Tribunal de Contas da União*, relator: ministro José Jorge, Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo (Relatório de auditoria operacional).
- Torres, V. I., L. A. Aday, L. De Lima y C. S. Cleeland (2007), "What Predicts the Quality of Advanced Cancer Care in Latin America? A Look at Five Countries: Argentina, Brazil, Cuba, Mexico, and Peru", *Journal of Pain and Symptom Management* 34: 315–27.
- Vargas López, K. (2010), *El desarrollo del derecho a la salud por parte de la Sala Constitucional y su influencia en el sistema público de salud en Costa Rica*, trabajo final de investigación aplicada sometido a consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Salud Pública para optar al grado y título de Maestría Profesional en Salud Pública con Énfasis en Gerencia de la Salud, San José: Universidad de Costa Rica.
- Victora, Cesar G., Estela M. L. Aquino, Maria do Carmo Leal, Carlos Augusto Monteiro, Fernando C. Barros y Celia L. Szwarcwald (2011), "Health in Brazil 2: Maternal and Child Health in Brazil: Progress and Challenges", *The Lancet* 377: 1863–76.
- Wright, Michael, Justin Wood, Thomas Lynch y David Clark (2008), "Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global View", *Journal of Pain and Symptom Management* 35 (5): 469–85.

Conclusiones

Tania Dmytraczenko y Gisele Almeida

Introducción

Durante las últimas tres décadas, los países de América Latina y el Caribe (LAC) han avanzado hacia la realización del derecho a la salud. Los países se han comprometido a proteger este derecho ratificando convenciones internacionales y promulgando disposiciones constitucionales que garanticen el acceso a la atención de la salud para todos. En consecuencia, ha habido una demanda creciente para que los sistemas de salud sean más receptivos a la hora de ofrecer una atención médica asequible que responda a las necesidades de la población. El cambiante perfil demográfico y epidemiológico de la región, en particular el envejecimiento de la población y los cambios en la carga de enfermedad hacia enfermedades crónicas, han aumentado la presión para que los sistemas de salud evolucionen.

En respuesta, varios países de la región han aplicado políticas y programas destinados a avanzar hacia la construcción de la cobertura universal en salud (CUS), es decir, “garantizar que cualquier persona que necesite servicios de salud sea capaz de acceder a ellos, sin excesivas dificultades financieras” (OMS y Banco Mundial, 2014, 1). Las políticas sociales que abarcan las reformas en el sector de la salud se han llevado a cabo en el contexto de recientes procesos de re-democratización y crecimiento económico estable, los cuales en la mayoría de los países se han traducido en mayores ingresos en el hogar, una drástica caída de la pobreza y en una disminución de la desigualdad. Una creciente clase media y electores empoderados han pedido mayores y más efectivas inversiones en el sector salud y demás sectores sociales. Al cristalizarse, estas tienen el potencial de incrementar el capital humano, impulsar un mayor crecimiento económico y reducir la pobreza, creando un círculo virtuoso.

Nuestro examen analizó las políticas latinoamericanas de salud y aplicó un lente equitativo para evaluar los cambios en la cobertura demográfica, la cobertura de los servicios y la protección financiera. Los avances hacia la construcción de la CUS se han evidenciado en muchos frentes. En primer lugar, la proporción de población cubierta explícitamente por los programas de salud ha aumentado considerablemente, desde los primeros años de la década de 2000;

46 millones de personas adicionales en los países analizados ahora gozan de la protección de los programas de atención de la salud y de las políticas encaminadas a promover la CUS. Asimismo, la equidad ha mejorado. Varios países han llevado a cabo programas con grandes subvenciones para atender a poblaciones específicas, como aquellas no cubiertas por los regímenes de seguro social; son regímenes de seguros que requieren la cotización de los beneficiarios. Otros países han dado prioridad a ampliar la cobertura a favor de grupos vulnerables en el marco de programas de carácter universal. Incluso en los países, cuyos sistemas de salud coexisten con sistemas subvencionados de seguro social contributivos, el resultado es una cobertura general que es bastante equitativa entre los grupos de ingresos. Aunque el sistema social de aseguramiento en salud ofrecido a los trabajadores formales sigue muy inclinado hacia las personas más ricas, los planes subsidiados que, al menos inicialmente, están dirigidos a las personas pobres han servido de contrapeso.

Desde una perspectiva financiera, las reformas han ido acompañadas por un aumento del gasto público en salud y, en la mayoría de los casos, se dio una disminución en la proporción de los gastos de bolsillo en relación con el gasto total de salud. No todas las reformas tenían como objetivo explícito la expansión de la protección financiera. Sin embargo, en la mayoría de los países se observó una reducción de los gastos catastróficos de salud y de empobrecimiento provocado por gastos de bolsillo para la atención de salud. En relación a los gastos catastróficos y la equidad, no se observa un panorama uniforme. Esto quizás refleje las limitaciones en la medición del gasto de bolsillo, ya que no es posible obtener información sobre las personas que no buscaron atención debido a barreras financieras; tampoco hay suficientes detalles con respecto a la naturaleza del gasto, en particular, si el pago por la atención fue necesario o voluntario. Cabe señalar que, si bien la tasa de empobrecimiento debida a gastos médicos (incluidos los catastróficos) es relativamente baja y, en general, está bajando, hay de 2 a 4 millones de personas en los países analizados que han caído en situación de pobreza debido a los gastos de bolsillo en salud. A pesar de las mejoras, el gasto de bolsillo en relación con el total del gasto nacional sigue siendo relativamente alto en los países estudiados, en comparación con los promedios de la OCDE. Los gastos en medicamentos representan la mayor proporción de los pagos directos en todos los distintos grupos de ingresos, pero representan una carga muy pesada para los pobres.

La cobertura nominal de servicio se ha ampliado. Los regímenes subsidiados cubren las intervenciones maternoinfantiles como mínimo, mientras que la mayor parte de ellos van más allá e incluyen la atención primaria integral. La mitad de los países analizados en este estudio ofrecen una amplia gama de prestaciones que van desde la atención más sencilla hasta la de mayor complejidad. La evidencia demuestra que las inversiones realizadas para ampliar la atención de salud, especialmente para llegar a las poblaciones vulnerables, generan buenos resultados. La ampliación de los programas para impulsar la CUS ha coincidido con una reducción de la brecha entre ricos y pobres en los resultados en salud y en la utilización de los servicios, en particular para las metas de los

objetivos de desarrollo del milenio; sin embargo, el gradiente inclinado hacia los pobres se mantiene en los resultados adversos. Los países donde la cobertura de la población es mayor y los paquetes de beneficios son más amplios, han logrado la utilización cuasi universal de los servicios de salud materna, ya que virtualmente no se observa ninguna diferencia en todos los quintiles de ingresos. En los casos en que sigue existiendo un gradiente favorable a los ricos en la utilización de los servicios, este se torna más estrecho en los servicios prestados por los programas tradicionalmente verticales, como los de inmunización y de planificación familiar. El gradiente favorable a los ricos también se ha reducido al mínimo en los servicios prestados en los niveles inferiores de la red de atención en salud (por ejemplo, atención prenatal, tratamiento médico de las infecciones respiratorias agudas). Las brechas entre personas ricas y pobres son mayores en el caso de los partos que ocurren en los hospitales.

El panorama de salud de los adultos se torna más matizado y no tan positivo con enfermedades y trastornos crónicos que son la causa principal de mortalidad y morbilidad en las etapas intermedias y tardías de la vida. En la mayoría de países, la proporción de la población que dice tener un estado de salud “menos que bueno” no ha bajado de manera notable ni sistemática y el indicador está sumamente sesgado, ya que los pobres son quienes de manera uniforme reportan los peores resultados en salud¹. Además, las afecciones crónicas diagnosticadas, tales como la diabetes, la cardiopatía isquémica y el asma han venido aumentando en todos los grupos de ingresos de múltiples países, al igual que los factores de riesgo asociados como obesidad e hipertensión. A través de grupos de ingreso, no surge un gradiente claro en torno a los trastornos crónicos diagnosticados y los factores de riesgo asociados, a pesar que la evidencia disponible muestra tasas de mortalidad más altas resultantes de estas enfermedades en los pobres (Di Cesare *et al.*, 2013). Una explicación probable es que los pobres tienen menos acceso a la atención de salud, en particular a los servicios de diagnóstico y, por consiguiente, tienen menos probabilidades de recibir un diagnóstico, en comparación con las personas más ricas. La evidencia del tamizaje del cáncer indica que esto quizá sea lo que sucede en realidad. En general, la utilización de esos medios de diagnóstico es más común entre las personas adineradas, con un gradiente particularmente pronunciado para la detección del cáncer de mama, que exige el acceso a la atención de especialistas. Sin embargo, la tendencia en el nivel de uso y la equidad es positiva; los países con altos niveles de cobertura de la población, a excepción de Brasil, han reducido mucho la brecha entre ricos y pobres, especialmente en torno al tamizaje de cáncer cervicouterino, pero también las mamografías en los casos de Colombia y México.

El objetivo fundamental de la CUS es mejorar los resultados de salud para todos los segmentos de la población. Garantizar el acceso a la salud para todos sin que ello represente sufrir dificultades financieras es un medio importante para lograr este fin. Sin embargo, a fin de traducir la disponibilidad de los servicios de salud en mejores resultados en materia de salud, los países necesitan atender las necesidades del paciente, brindar servicios de calidad y de manera oportuna. Los datos de los países seleccionados y de investigaciones demuestran que

muchos sistemas de salud enfrentan serios desafíos en estas áreas, las cuales se tornan cada vez más importantes a medida que las necesidades de salud se vuelven más complejas y las expectativas de la población crecen. Debido a limitaciones en los datos, los esfuerzos por darle seguimiento a los avances hacia la CUS hasta la fecha no capturan adecuadamente las dimensiones de las necesidades insatisfechas en cuanto a atención de salud, calidad de servicios y prestación oportuna que permitan determinar si el acceso *efectivo* a la cobertura está mejorando.

En retrospectiva: Lecciones aprendidas

Los países de América Latina y el Caribe han tomado diferentes caminos para avanzar hacia la CUS, reportando diversos niveles de éxito. Algunos han conseguido resultados comparables con los de los países de la OCDE a pesar de haber iniciado mucho después los programas de ampliación de cobertura. Aunque los países estudiados representan un conjunto diverso de experiencias, un examen de las pruebas y de las políticas aplicadas para promover la CUS revela características comunes en sus abordajes.

Compromiso político acompañado de presupuesto

El establecimiento de derechos constitucionales o legales a la salud en la mayoría de los países de LAC refleja el compromiso político de cristalizar la CUS. Sin embargo, los derechos constitucionales no se traducen automáticamente en una mayor cobertura de salud y pueden no ser una condición suficiente para lograr la meta de la CUS. De hecho, los países dentro y fuera de la región que se consideran más adelantados en su travesía hacia la CUS no tienen consagrado el derecho a la salud en sus constituciones (por ej., Costa Rica y Canadá). Lo que queda claro de investigaciones anteriores (Savedoff *et al.*, 2012) y que fue confirmado por los resultados de este informe, es que el aumento del financiamiento mancomunado y un énfasis en la equidad son condiciones necesarias para avanzar hacia la CUS. Todos los países del estudio registraron un aumento del financiamiento público destinado a la salud como una proporción del producto interno bruto (PIB), mientras que la mayoría aumentó la cobertura de los mecanismos de mancomunación financiados en gran parte, si no totalmente, con ingresos fiscales que priorizaban o se destinaban explícitamente a las poblaciones que carecían de la capacidad de pago. En la mayoría de los países, el compromiso político se tradujo no solo en asignaciones presupuestarias más elevadas, sino también en la aprobación de leyes que protege la financiación de la salud al establecer niveles mínimos de gastos y asignar impuestos específicos para la salud. Hasta los países que no adoptaron esas medidas permanentes se alejaron parcialmente de los presupuestos por partidas e ingresos y utilizaron las transferencias per cápita, derivadas algunas veces de cálculos de costos actuariales. Estos mecanismos reducen la incertidumbre en la financiación de la salud.

Reducción de la fragmentación en subsistemas separados y desiguales

Pocos países han seguido el camino de la integración total mediante la creación de un sistema en el cual todas las contribuciones obligatorias, ya sean financiadas a partir de los impuestos de nómina y de ingresos fiscales, como en Costa Rica, o solo a partir de estos últimos, como en Brasil, se mancomunan para brindarle acceso a toda la población a través de una red común de proveedores. La mayoría de los países han optado por mantener, en mayor o menor grado, un sistema segmentado en el que existe un subsistema subsidiado en paralelo con un subsistema financiado total o principalmente con aportes de la nómina salarial, en el que los beneficiarios, por lo general, tienen acceso a diferentes redes de proveedores. Tradicionalmente, ha habido marcadas diferencias entre el paquete de beneficios y la calidad de la atención. Pero, en fechas más recientes, los arreglos de mancomunación que ampliaron la cobertura conjunta de riesgos y facilitaron los subsidios cruzados entre los beneficiarios contribuyentes y los subsidiados, acompañados de reglamentos que equiparon los paquetes de beneficios y brindaron garantías explícitas para el acceso oportuno a servicios que cumplieran ciertas normas de atención (con lo cual se eliminaron los mecanismos que limitaban la atención en el sector público que disponía de pocos recursos), han sido eficaces para reducir las disparidades en la financiación y prestación de servicios a través de los subsistemas, por ejemplo, en Chile, Colombia y Uruguay.

Priorizar una APS costo efectiva

La diversidad de las prestaciones cubiertas en el marco de diversos programas de atención de la salud comprende paquetes integrales que abarcan desde la APS hasta la atención compleja, paquetes específicos centrados en la APS, o solo en la salud maternoinfantil. Priorizar una atención primaria que sea costo efectiva es el denominador común en todos los países, ya sea que comiencen con un paquete reducido de beneficios que van ampliando poco a poco (Argentina y Perú) u ofrezcan una cobertura integral desde el inicio (Brasil, Costa Rica y Uruguay). El método utilizado para priorizar la atención primaria ha mejorado la posición comparativa de los pobres, quienes tenían mayores probabilidades, en comparación con las personas más adineradas, de carecer de acceso al primer nivel de atención. La cobertura de prestaciones es más amplia en los países cuyos sistemas de salud están integrados y en los que han avanzado más en el camino hacia la integración. La mayoría de los países tienen una lista positiva de los servicios cubiertos; por ejemplo, Brasil, Colombia y Costa Rica ofrecen beneficios flexibles.

Creación de una división parcial entre el financiamiento y la prestación e introducción de compras estratégicas

A pesar de la amplia variabilidad en el grado en que los países se han alejado de la fusión prestación/financiación de servicios y buscar cómo separar estas funciones, hay una tendencia común de adoptar métodos de compras que incentiven la eficiencia y la rendición de cuentas y que den a los rectores del sector de la salud más poder para incitar a los proveedores a prestar servicios

según las prioridades de la salud pública. Una manera en que los países han creado una separación de las funciones ha sido el establecimiento de relaciones contractuales entre la financiación y la prestación de servicios, ya sea por medio de contratos jurídicamente vinculantes o de acuerdos explícitos que especifican las funciones y las responsabilidades de cada parte, además de los resultados previstos. Los mecanismos de pago varían mucho, desde capitación hasta tarifas por servicios prestados y los pagos por cada caso, pero en general, los mecanismos incentivan a los proveedores para que satisfagan las exigencias, al asociar el flujo de fondos con la inscripción de los beneficiarios o con los servicios prestados realmente. Cada vez más, los países están instituyendo mecanismos de pago por desempeño que recompensan el logro de metas concretas vinculadas a las necesidades de salud de la población. Al eliminar la rigidez de los presupuestos por partidas, las nuevas modalidades financieras les ofrecen a los proveedores mayor autonomía en la administración de los insumos para mejorar la eficiencia. En los sistemas descentralizados, mecanismos similares que promueven el logro de las políticas nacionales priorizadas se están aplicando a las transferencias de fondos a favor de los Gobiernos subnacionales. Con pocas excepciones (Chile, Colombia y Uruguay), las reformas no han introducido competencia con el sector privado. A pesar de la tendencia de optar por la financiación determinada por la demanda, en la mayoría de los países una parte considerable del sector público sigue con la financiación determinada por la oferta a través de partidas presupuestarias. No obstante, aun en los países donde el volumen de recursos que fluye a través de los nuevos mecanismos es relativamente pequeño, las reformas introducen una plataforma para establecer sistemas que dependen en gran medida de adquisiciones estratégicas.

De cara al futuro: La agenda inconclusa

Los países de LAC han avanzado de manera significativa hacia la concreción del derecho a la salud y hacia el cumplimiento de la promesa de la CUS, pero la labor está lejos de terminar. Preservar los logros alcanzados hasta la fecha y enfrentar los retos no resueltos exige inversiones sostenidas en el campo de la salud. De hecho, a lo largo de la región, los países han aumentado la financiación pública para la salud; sin embargo, en la mitad de los países estudiados, estos gastos todavía representan menos del 5 por ciento como porcentaje del PIB². No obstante, en ocho de los diez países, el sector de la salud ya absorbe más del 15 por ciento del presupuesto público (el promedio de la OCDE) y, en tres de los ocho, la proporción supera el 20 por ciento. Esto es relativo, porque los países de ingreso mediano de la región tal vez no dispongan del espacio fiscal para permitir que los gastos en salud aumenten más rápido que el crecimiento económico; este fue el caso durante muchos años en los países de ingreso alto que tenían poblaciones mayoritariamente más viejas.

Cumplir con el compromiso de la CUS, invariablemente demandará esfuerzos concertados para mejorar la generación de ingresos en un modo fiscalmente sostenible y elevar la eficacia de los gastos. Este aspecto será muy importante a

medida que los países avancen a lo largo de la transición demográfica y enfrenten desafíos gradualmente crecientes de índices de dependencia y de una reducción de la base de contribuyentes. A medida que los países exploran maneras de financiar el gasto público en salud, será importante evaluar la eficacia y la equidad de las medidas de financiación. Muchos de los países de la región dependen de impuestos salariales para financiar la salud, pero valdría la pena explorar opciones que se han implementado en otras partes. Incluir los ingresos en concepto de alquiler o de intereses devengados en estos cálculos genera ingresos al mismo tiempo que se mejora la progresividad de la financiación, puesto que los ingresos no salariales representan un porcentaje mayoritario en los hogares más ricos. Aunque la asignación específica de ciertos impuestos a las actividades relacionadas con la salud se ha utilizado mucho en la región para financiar la ampliación de la cobertura, este tipo de medida puede reducir la flexibilidad para reasignar recursos que satisfagan las necesidades cambiantes de la población en todos los sectores. Independientemente de la fuente, la recaudación de nuevos impuestos para el sector de la salud será difícil en algunos países, como Argentina y Brasil, donde la carga tributaria ya se encuentra a los niveles de la OCDE³.

Aunque no cabe duda de que priorizar una APS costo efectiva y las reformas para la mancomunación de fondos y de compras contribuye a elevar la eficacia de las inversiones para la salud, todavía queda mucho por hacer para controlar el aumento de los costos y mejorar la eficiencia del gasto. En primer lugar, es necesario profundizar las reformas para las compras estratégicas y su alcance debe ampliarse más allá de la atención primaria para generar mayores logros en la eficiencia técnica y distributiva. En segundo lugar, los países deben alejarse de los procesos *ad hoc* empleados para seleccionar la cobertura de servicio y establecer sistemas formales y transparentes para seleccionar la cobertura de servicios con base en criterios bien definidos, fundamentados en la evidencia científica de su costo-eficiencia, así como en las preferencias sociales. Ante la ausencia de esos sistemas, varios países de la región han recurrido a una “judicialización” del derecho a la salud; en esos casos, las controversias acerca de lo que el Estado tiene la obligación legal de ofrecer, suelen resolverse en los tribunales, lo que puede conducir a que se subvencionen con fondos públicos algunos servicios de atención ineficaces o ineficientes y tener el efecto adverso agregado de aumentar la desigualdad, ya que las personas adineradas disponen de más recursos para contratar a un abogado. En tercer lugar, en una región donde la proporción de gastos de bolsillo en el total de los gastos en salud todavía supera el 30 por ciento en muchos países, los esfuerzos para contener los costos crecientes de los insumos en el sector público no pueden funcionar por sí solos. Esto es particularmente pertinente, pero no exclusivo, para la adopción de nuevas tecnologías médicas en el sector privado, un área donde la demanda inducida por el proveedor demostró ser un factor importante en el aumento de los costos en los países desarrollados. La regulación efectiva de proveedores privados de salud y los seguros sigue siendo un gran desafío en la región (Atun *et al.*, 2015).

Alcanzar una buena relación calidad-precio requerirá aliviar los cuellos de botella actuales observados en la prestación de una atención adecuada

y oportuna que responda a las necesidades de los pacientes. La evidencia es limitada, pero los datos de los estudios de investigación en determinados países indican que los sistemas de salud en la región enfrentan serios desafíos en este sentido, a pesar de los progresos logrados en la última década. Las desventajas que enfrentan los pobres y otros grupos vulnerables se ven agravadas por las disparidades en la calidad de los servicios de salud a los que pueden acceder. Convertir las inversiones en salud en mejores resultados exige abordar y solucionar las deficiencias actuales en el ámbito de la atención primaria, acceso a los procedimientos de diagnóstico y acceso a atención especializada. Asimismo, aunque algunos países de la región han desarrollado métodos para medir y supervisar la atención oportuna y de calidad, los esfuerzos por mejorar los datos y el análisis de estos aspectos críticos apenas dan sus primeros pasos en comparación con la madurez exhibida por los sistemas de salud de la OCDE. Además de fortalecer mecanismos de aseguramiento de la calidad y la adopción de medidas para remediar las limitaciones por el lado de la oferta en niveles específicos de la red de distribución, tales como recursos humanos, medicamentos y tecnologías de salud, entre otros, se necesita una mejor integración y coordinación de la atención a través de las fronteras de los niveles de atención para asegurar que los pacientes reciban una amplia gama de servicios de salud según sea necesario en todo el proceso. Las preocupaciones por una atención oportuna y de calidad, son importantes no solo desde la perspectiva de una saludable relación calidad-precio, sino también porque son los elementos claves para que la población se sienta satisfecha con los sistemas de salud con los que cuenta. Es probable que estos temas se vuelvan cada vez más importantes a medida que las necesidades de atención de salud se tornen cada vez más complejas y las expectativas sobre el sistema de salud crezcan.

La brecha actual en el financiamiento per cápita y la calidad de los servicios prestados a través de los subsistemas, aunque dista de ser óptima desde la perspectiva de la equidad, representa un poderoso incentivo para que las personas se afilien al régimen contributivo, el cual ofrece un conjunto de prestaciones más generoso y mejor calidad de la atención. A medida que se reduce la diferencia entre los subsistemas, hay riesgo de que este incentivo se erosione. En Chile, donde los trabajadores tienen la opción de utilizar su contribución obligatoria para participar en un plan de salud privado o inscribirse en un plan público, nuestros datos muestran una migración de las personas desde la primera hacia la segunda opción. Hasta el momento, la evidencia muestra que la extensión de la cobertura de salud a los que se encuentran fuera del sector formal, como el Seguro Popular de México, ha tenido solo una repercusión marginal en la informalidad (Reyes, Hallward-Driemeier y Pagés, 2011). Para sostener el esfuerzo de proporcionar atención de salud asequible a toda la población ante estas incertidumbres, los países tendrán que permanecer atentos para captar las contribuciones de quienes pueden pagar pero no están dispuestos a hacerlo voluntariamente, al mismo tiempo que utilizan subsidios públicos para los que no pueden pagar. Tanto la obligatoriedad de los pagos como los subsidios son condiciones necesarias (y suficientes) para lograr la cobertura universal (Fuchs, 1996).

Por último, controlamos lo que medimos. Cumplir con la promesa de la CUS demandará mediciones y seguimiento periódico de los resultados e incluso determinar si toda la población independientemente de la condición socioeconómica, género o geografía goza de los beneficios. Para lograrlo, será primordial reforzar los datos (sistemas nacionales de información en salud, registros civiles y estadísticas vitales) y al mismo tiempo mejorar la comparabilidad internacional. En la era digital, las oportunidades de recolectar y procesar cantidades masivas de información mediante registros administrativos, encuestas y demás fuentes se han multiplicado. La complejidad de manejar grandes sistemas de datos de múltiples instituciones con información médica confidencial hace de este un ámbito difícil de abordar dentro de los limitados recursos del sector público. La asociación con instituciones de investigación a nivel nacional e internacional podría ser una forma en que los ministerios de salud aprovechen la enorme cantidad de datos que se generan sobre temas como financiación de la salud, prestación de servicios y resultados, los cuales facilitarán la toma de decisiones fundamentadas y el fortalecimiento de la administración del sector, así como de la transparencia y la rendición de cuentas ante el público.

Notas

1. Hay limitaciones graves para analizar las diferencias en los resultados en materia de salud de los adultos por estratos socioeconómicos. Los datos para el análisis de las tendencias de mortalidad provienen en general de estadísticas del registro civil que no suelen contener información sobre la situación socioeconómica. El logro educativo puede usarse como sustituto, pero entre los países estudiados, solo Chile y México tenían datos fidedignos para ser utilizados en este tipo de análisis. El estado de salud autoevaluado es un indicador que tiene sus deficiencias, pero se mide en las encuestas examinadas (Lora, 2012).
2. Por debajo del umbral del 5 al 6 por ciento del gasto público como proporción del PIB, los países tienen dificultades para garantizar la cobertura de servicios de salud para los pobres (OMS, 2010).
3. Los ingresos fiscales como proporción del PIB son del 36 y 37 por ciento, respectivamente, en Brasil y Argentina, en comparación con el promedio de la OCDE, del 34 por ciento.

Referencias bibliográficas

- Atun, Rifat, Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Gisele Almeida, Daniel Cotlear, Tania Dmytraczenko, Patricia Frenz, Patrícia Garcia, Octavio Gómez-Dantés, Felicia M. Knaul, Carles Muntaner, Juliana Braga de Paula, Felix Rígoli, Pastor Castell-Florit Serrate y Adam Wagstaff (2015), "Health-System Reform and Universal Health Coverage in Latin America", Series on Universal Health Coverage in Latin America, *The Lancet* 385: 1230–47.
- Di Cesare, Mariachiara, Young-Ho Khang, Perviz Asaria, Tony Blakely, Melanie J. Cowan, Farshad Farzadfar, Ramiro Guerrero, Nayu Ikeda, Catherine Kyobutungi, Kelias P. Msyamboza, Sophal Oum, John W. Lynch, Michael G. Marmot y Majid Ezzati, en nombre del Grupo de Acción en ENT del Lancet (2013),

- "Inequalities in Non-Communicable Diseases and Effective Responses", *The Lancet* 381 (9866): 585–97.
- Fuchs, Victor (1996), "What Every Philosopher Should Know about Health Economics", *Proceedings of the American Philosophical Society* 140 (2): 186–96.
- Lora, Eduardo (2012), "Health Perceptions in Latin America", *Health Policy and Planning* 27 (7): 555–69.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2010), *Informe sobre la salud en el mundo: Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*, Ginebra: OMS.
- OMS y Banco Mundial (2014), "Monitoring Progress toward Universal Health Coverage at Country and Global Levels: Frameworks, Measures and Targets", WHO/HIS/HIA/14.1, OMS, Ginebra, Suiza.
- Reyes, A., M. Hallward-Driemeier y C. Pages (2011), "Does Expanding Health Insurance beyond Formal-Sector Workers Encourage Informality? Measuring the Impact of Mexico's Seguro Popular", documento de trabajo sobre investigación de políticas 5785, Banco Mundial, Washington, DC.
- Savedoff, William, David de Ferranti, Amy L. Smith y Victoria Fan (2012), "Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage", Series on Universal Health Coverage, *The Lancet* 380: 924–32.

Metodología

Introducción

La metodología de inequidad horizontal demanda comparar la distribución real y la distribución esperada según necesidad a fin de evaluar las inequidades en el uso de los servicios de salud. La distribución de la utilización real de los servicios de salud con base en los ingresos, revela inequidades en el uso, al igual que la utilización de los servicios con base en necesidades estandarizadas (van Doorslaer *et al.*, 2004). En el caso de la utilización de servicios de salud, la variable utilización fue estandarizada en términos de la necesidad de atención de salud además de edad y sexo. Por lo general, la necesidad de atención está representada por el estado de salud autoevaluado, condiciones crónicas y limitaciones físicas, cuando sea posible. Se prefiere el método de estandarización indirecta sobre el método de estandarización directa debido a su mayor precisión al momento de procesar datos a nivel individual. La estandarización indirecta para el estado de salud y utilización del servicio de salud se calcula de la siguiente manera:

$$\hat{y}_i^{IS} = y_i - \hat{y}_i^X + y^m$$

donde

\hat{y}_i^{IS} = estado de salud o utilización de servicios de salud (estandarizado),

y_i = estado de salud o utilización de servicios de salud (real),

\hat{y}_i^X = estado de salud o utilización de servicios de salud (esperado), e

y^m = media de la muestra.

En el caso de la utilización de servicios de salud, la utilización esperada según necesidad se calcula mediante dos pasos. La utilización de servicios de salud real se calcula mediante una regresión lineal de mínimos cuadrados ordinarios, en donde la variable dependiente es la utilización observada de servicios de salud (y_i) y las variables independientes son el logaritmo de ingresos ($\ln \text{inc}_i$), un vector de los indicadores que dan cuenta de la necesidad del servicio de salud (χ_k) y un

vector de variables que determinan la utilización pero no son características de la necesidad del servicio (Z_p), tal como se indica a continuación:

$$y_i = \alpha + \beta \ln inc_i + \sum_k \gamma_k \chi_{k,i} + \sum_p \delta_p Z_{p,i} + \varepsilon_i$$

donde

α , β , γ_k y δ_p = parámetros, y
 ε = término de error.

Al combinar los coeficientes obtenidos del cálculo anterior con los valores reales de las variables de necesidad seleccionadas para la estandarización (χ_k), los valores medios de la muestra del logaritmo de ingresos ($\ln inc_i$) y los valores medios de la muestra de las variables de no necesidad seleccionadas como controles (Z_p), la utilización de los servicios de salud esperada según necesidad se obtiene de la siguiente manera:

$$\hat{y}_i^x = \hat{\alpha} + \hat{\beta} \ln inc^m + \sum_k \hat{\gamma}_k \chi_{k,i} + \sum_p \hat{\delta}_p Z_p^m$$

donde

$\hat{\alpha}$, $\hat{\beta}$, $\hat{\gamma}_k$, y $\hat{\delta}_p$ = parámetros, y
 m = valor medio.

En vista que los valores de la utilización de servicios de salud, tales como consultas al médico y días de hospitalización son binarios o enteros no negativos y que variables dependientes con distribuciones no normales presentan una distribución muy sesgada en caso de ser variables de conteo (debido a la gran cantidad de observaciones cero), los modelos no lineales son más adecuados que los modelos lineales para el proceso de estandarización indirecta. Sin embargo, si bien las estimaciones generadas por los modelos lineales quizás sean menos robustas y precisas que las generadas por los modelos no lineales, la evidencia en la literatura indica que los resultados obtenidos son similares (van Doorslaer *et al.*, 2004; O'Donnell *et al.*, 2008).

Asimismo, los modelos lineales ofrecen ventajas sobre los métodos no lineales para calcular las medidas de inequidad horizontal; por ejemplo, las variables de control incluidas en la regresión se pueden neutralizar por completo al momento de generar las predicciones de necesidad al dejarlas igual a sus valores medios, lo cual eleva la precisión de la medición y las contribuciones ante cualquier inequidad observada se puedan evaluar, lo cual permite separar la contribución de cada una de las variables incluidas en el modelo y valorar sus impactos en la utilización. El último aspecto es muy útil para análisis de descomposición, pues permite identificar factores que contribuyen a la inequidad (O'Donnell *et al.*, 2008).

Los índices y distribuciones obtenidas con los modelos lineales y no lineales fueron comparados para confirmar que la selección de un modelo lineal no afectaría los resultados. Debido a las ventajas que implica el uso del modelo lineal y

de la similitud de los resultados con los modelos no lineales para todos los países, se le dio preferencia a la presentación de los resultados de los modelos lineales.

Los índices de concentración se emplearon para medir la desigualdad y la inequidad. La desigualdad se midió con los índices de concentración de la distribución no estandarizada de la variable dependiente (IC). En cambio, la inequidad se midió con los índices de distribución estandarizada de la variable dependiente, también conocida como índice de inequidad horizontal (IH). Por lo tanto, el índice de IH es una medida resumen de la magnitud de la inequidad en la variable dependiente, tomando en consideración factores demográficos como edad, sexo o características de morbilidad que se sabe que influyen en los patrones de los estados de salud y de utilización en todos los grupos de ingreso.

El índice de IH es equivalente al IC de la variable dependiente estandarizada de necesidad, la cual es la diferencia entre el índice de concentración de la distribución real y la distribución esperada según necesidad (O'Donnell *et al.*, 2008). La relación promedio entre la necesidad y la variable dependiente se emplea como norma para valorar la inequidad horizontal. Las desviaciones sistemáticas de la norma establecida se calcularon para las variables de utilización del estado de salud y de los servicios de salud para al menos dos años en cada país.

El IC también puede calcularse al utilizar una simple fórmula de covarianza con datos ponderados, la cual es la covarianza entre la variable dependiente y el rango en la distribución de ingresos escalado por dos y dividido por la media de la variable dependiente (O'Donnell *et al.*, 2008), tal como se muestra a continuación:

$$CI = \frac{2^{IS}}{\mu_i} \text{cov}_w(y_i, R_i)$$

donde

μ = media muestral ponderada de y ,

cov_w = covarianza ponderada, y

R_i = rango fraccional relativo del individuo i .

El rango fraccional relativo indica la proporción acumulada y ponderada de la población hasta el punto medio de cada ponderación individual. Se calcula de la siguiente manera:

$$R_i = \frac{1}{n} \sum_{j=1}^{i-1} w_j + \frac{1}{2} w_i$$

donde

n = tamaño de la muestra, y

w = ponderación de la muestra.

Los valores del índice IH se calculan a partir de muestras, requiriendo calcular los errores estándares para someter a prueba su significancia estadística. Ya que estos estudios consideraron muestras de años diferentes, la prueba de estadísticas $-t$ se hizo para calcular la significancia de la diferencia entre el índice IH de cada año encuestado.

Referencias bibliográficas

- O'Donnell, Owen A., Eddy van Doorslaer, Adam Wagstaff, y Magnus Lindelow (2008), *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, Washington, DC: Banco Mundial.
- van Doorslaer, Eddy, Cristina Masseria, y el Grupo de Investigación sobre Equidad en Salud de la OCDE (2004), *Income-Related Inequalities in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*, document de trabajo de la OCDE n.º 14, París: OCDE, DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)5.

Definición de indicadores

<i>Dimensión</i>	<i>Etapas del ciclo de vida</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Comentarios pertinentes</i>
Resultado en salud	Primeros años	Tasa de mortalidad infantil	Número de muertes en niños menores de 12 meses por 1000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad calculada usando un método de cuadro de vida de cohorte real; informes ENDESA utilizan el método de cuadro de vida de cohorte sintético
		Tasa de mortalidad en menores de 5	Número de muertes en niños menores de 5 años por 1000 nacidos vivos	Tasa de mortalidad calculada mediante el método de cuadros de vida de cohorte real; ENDESA utiliza el método de cuadro de vida de cohorte sintético
		Infección respiratoria aguda (en menores de 5)	Porcentaje de niños con un episodio de tos y respiración entrecortada (más de dos semanas)	
		Diarrea (en menores de 5)	Porcentaje de niños con diarrea (más de dos semanas)	
		Retraso del crecimiento (en menores de 5)	Porcentaje de niños con un z-score de altura para la edad <-2 desviaciones estándar de la mediana de referencia	Z-score calculado a partir de las normas de crecimiento infantil dictada por la OMS 2006 ^a
	Juventud a la edad mediana	Violencia de pareja	Prevalencia de la violencia de pareja en los últimos 12 meses	
		Accidentes y lesiones de tránsito	Probabilidad de verse involucrado en un accidente con lesiones corporales	Brasil: año pasado, población de 18+ Jamaica: últimas 4 semanas, población de 18+ México: año pasado, población de 20+
		Estado de salud autodiagnosticado	Porcentaje de adultos que consideran su salud como menos que buena	Este indicador fue creado a partir de una variable ordinal con cinco categorías

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice B (continuación)

<i>Dimensión</i>	<i>Etapas del ciclo de vida</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Comentarios pertinentes</i>
Factor de riesgo	Edad mediana a la tercera edad	Asma diagnosticada	Porcentaje de adultos alguna vez diagnosticados con asma	
		Depresión diagnosticada	Porcentaje de adultos alguna vez diagnosticados con depresión	
		Diabetes diagnosticada	Porcentaje de adultos alguna vez diagnosticados con diabetes	
		Cardiopatía diagnosticada	Porcentaje de adultos alguna vez diagnosticados con infarto, angina de pecho, deficiencia cardíaca u otra condición cardíaca	
	Juventud a la edad mediana	Consumo de alcohol	Porcentaje de adultos que consumieron ≥ 5 (4 en mujeres) tragos durante al menos un día (semana pasada)	
		Tabaquismo (mujeres)	Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años que fuman cigarrillos, pipa u otras formas de tabaco	Costa Rica: 18 a 44 años Guatemala: 18 a 49 años
	Edad mediana a la tercera edad	Hipertensión diagnosticada	Porcentaje de adultos (40+ años) alguna vez diagnosticados con hipertensión	
		Obesidad (no embarazadas)	Porcentaje de mujeres de entre 15 y 49 años con índice de masa corporal superior a 30	Costa Rica y Guatemala: 18 a 49 años México: 20 a 49 años
		Obesidad (hombres)	Porcentaje de hombres (18+) con IMC sobre 30	
Utilización de los servicios	Primeros años	Inmunización completa	Porcentaje de niños de 12 a 23 meses que recibieron BCG, sarampión y tres dosis de polio, DPT, verificadas por tarjeta o así lo indicó el entrevistado	Jamaica: menores de 5 años
		Tratamiento médico de IRA	Porcentaje de niños con tos y respiración entrecortada que buscaron tratamiento médico para la IRA (últimas 2 semanas)	
		Tratamiento de diarrea (menores de 5)	Porcentaje de niños con diarrea que recibieron SRO o soluciones caseras	

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice B (continuación)

<i>Dimensión</i>	<i>Etapas del ciclo de vida</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Comentarios pertinentes</i>
		Prevalencia de anticonceptivos	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años, casadas, en unión, que usan (ellas o sus compañeros) al menos un método anticonceptivo, cualquiera sea	Costa Rica: 18 a 49 años México: 20 a 49 años
	Juventud a la edad mediana	Atención prenatal	Porcentaje de madres de 15 a 49 años que reciben al menos 4 consultas de atención prenatal de personal calificado (según la definición de la encuesta del país)	
		Parto atendido por personal calificado	Porcentaje de madres de 15 a 49 años atendidas por personal calificado durante el parto (según definición de la encuesta del país)	Costa Rica: 18 a 44 años
		Tamizaje de cáncer de cuello uterino	Proporción de mujeres de 18 a 69 años que se hicieron un Papanicolaou en el último examen pélvico (últimos tres años)	Brasil: 25 a 69 años Costa Rica: 18 a 44 años (1999) y 18 a 49 años (2006) Guatemala: 18 a 49 años México: 20 a 69 años; período de recordación de 1 año, ajustado a tres años
	Edad mediana a la tercera edad	Tamizaje de cáncer de mama	Proporción de mujeres de 40 a 69 años que tuvieron una mamografía (últimos tres años)	Colombia: 40 a 49 años México: período de recordación de 1 año, ajustado a tres años
	Todos adultos	Consulta externa	Porcentaje de adultos que tuvieron consulta externa en las últimas 2 semanas	Chile reporta cualquier consulta médica únicamente
		Hospitalización	Entrevistados que admitieron al menos una hospitalización en los 12 meses previos	Guatemala: período de recordación de 1 mes, ajustado a 12 meses
		Atención preventiva	Porcentaje de adultos que utilizaron cualquier servicio de prevención o que no se han enfermado en los últimos 3 meses	Brasil: período de recordación de 2 semanas, ajustado a 3 meses Colombia: período de recordación de 12 meses, ajustado a 3 meses
		Atención curativa	Porcentaje de adultos que recibieron atención médica requerida en el último mes	Brasil y México: período de recordación de 2 meses, ajustado a 1 mes Chile: período de recordación de 3 meses, ajustado a 1 mes

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice B (continuación)

<i>Dimensión</i>	<i>Etapas del ciclo de vida</i>	<i>Indicador</i>	<i>Definición</i>	<i>Comentarios pertinentes</i>
Protección financiera	Hogares	Empobrecimiento a USD 1,25 diarios	Un hogar se considera empobrecido por los gastos de bolsillo si su consumo, incluyendo dichos gastos, está por encima de la línea de pobreza, pero su consumo excluyendo esos gastos está por debajo del umbral de USD 1,25 diarios	
	Hogares	Empobrecimiento a USD 2 diarios	Un hogar se considera empobrecido por los gastos de bolsillo si su consumo, incluyendo dichos gastos, está por encima de la línea de pobreza, pero su consumo excluyendo esos gastos está por debajo del umbral de USD 2 diarios	
	Hogares	Pagos catastróficos que representan el 25 % del consumo total	Los gastos de bolsillo del hogar superan el 25 % del consumo total registrado el año anterior	

Nota: ENDESA = Encuesta de Demografía y Salud; DPT = vacuna contra la difteria, tos ferina y tétano; BCG = bacilo de Calmette-Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

a. <http://www.who.int/childgrowth/standards/en>.

APÉNDICE C

Resultados del análisis de equidad: Media nacional, media por quintiles e índice de concentración/ inequidad horizontal

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Los primeros años									
Tasa de mortalidad (en menores de 5 años)									
Bolivia	1998	108,0	165,3	118,1	117,2	45,3	37,2	-0,2530***	-0,0273
Bolivia	2003	107,6	133,5	139,3	103,7	74,5	43,8	-0,1660***	-0,0179
Bolivia	2008	82,0	120,6	93,0	74,8	52,6	32,1	-0,2190***	-0,0180
Brasil	1996	63,5	106,4	61,1	44,4	32,8	47,6	-0,2200***	-0,0140
Brasil	2006	26,8	47,4	32,4	24,8	16,7	08,1	-0,3122***	-0,0084
Colombia	1995	39,8	55,2	44,0	27,0	44,2	17,7	-0,1400***	-0,0056
Colombia	2000	31,0	46,3	40,4	25,6	11,5	21,2	-0,1950***	-0,0060
Colombia	2005	28,8	45,9	28,2	25,2	17,8	20,1	-0,1860***	-0,0054
Colombia	2010	25,0	32,5	25,5	23,8	23,5	13,0	-0,1400***	-0,0035
República Dominicana	2002	45,1	74,2	50,3	42,9	32,5	15,2	-0,2290***	-0,0103
República Dominicana	2007	37,3	56,9	41,5	33,2	24,8	22,4	-0,1710***	-0,0064
Guatemala	1995	85,5	99,3	111,3	87,9	70,5	25,3	-0,1470***	-0,0126
Guatemala	1998	68,9	88,8	71,5	89,7	61,6	18,9	-0,1464***	-0,0101
Guatemala	2002	58,7	84,2	70,2	65,4	39,6	14,4	-0,0901***	-0,0053
Guatemala	2008-09	46,0	68,2	44,9	48,2	25,9	12,5	-0,2007***	-0,0092
Haití	2000	144,7	186,1	134,4	135,6	127,4	130,8	-0,0670**	-0,0097
Haití	2005-06	113,3	134,5	129,1	117,2	99,8	52,6	-0,1060***	-0,0120
Haití	2012	98,7	108,0	104,7	103,4	97,3	64,0	-0,0579***	-0,0057
Perú	1996	76,6	121,4	83,5	51,8	56,9	19,0	-0,2440***	-0,0187
Perú	2004-08	40,8	60,6	51,1	31,8	22,1	15,5	-0,2510***	-0,0102
Perú	2012	27,6	43,5	34,1	18,4	16,4	14,3	-0,2484***	-0,0069
IRA (en menores de 5 años)									
Bolivia	1998	0,2450	0,2690	0,2720	0,2020	0,2510	0,2130	-0,0380***	-0,0093
Bolivia	2003	0,2290	0,2190	0,2100	0,2320	0,2660	0,2190	0,0230*	0,0053
Bolivia	2008	0,2010	0,2410	0,2010	0,0202	0,1700	0,1710	-0,0640***	-0,0129
Brasil	1996	0,2440	0,2630	0,2710	0,2340	0,2140	0,2090	-0,0490***	-0,0120
Brasil	2006	0,1457	0,1787	0,1591	0,1473	0,1274	0,1082	-0,0983***	-0,0143

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Colombia	1995	0,2480	0,2810	0,2270	0,2220	0,2410	0,2700	-0,0170	-0,0042
Colombia	2010	0,0630	0,0690	0,0730	0,0700	0,0500	0,0390	-0,0940***	-0,0059
Costa Rica	1999	0,0916	0,0816	0,1010	0,0707	0,0971	0,1068	0,0847	0,0078
República Dominicana	1996	0,1120	0,1170	0,1020	0,1310	0,1110	0,0910	-0,0270	-0,0030
República Dominicana	2007	0,1240	0,1480	0,1320	0,1260	0,1150	0,0770	-0,0910***	-0,0113
Guatemala	1995	0,2220	0,2330	0,2170	0,2220	0,2370	0,1860	-0,0120	-0,0027
Guatemala	2008-09	0,2041	0,245	0,221	0,201	0,175	0,133	-0,0966***	-0,0197
Haití	2000	0,4140	0,4860	0,4580	0,3870	0,3960	0,2960	-0,0780***	-0,0323
Haití	2005-06	0,2900	0,3220	0,3360	0,2910	0,2560	0,2190	-0,0710***	-0,0206
Haití	2012	0,3615	0,3590	0,3591	0,3873	0,3759	0,3122	-0,0091	-0,0033
México	2006	0,2222	0,1945	0,2151	0,2444	0,2402	0,2247	0,0399***	0,0089
Perú	1996	0,2070	0,2520	0,2190	0,1900	0,1840	0,1370	-0,0980***	-0,0203
Perú	2000	0,2040	0,2140	0,2150	0,2070	0,1810	0,1840	-0,0330***	-0,0067
Perú	2004-08	0,1910	0,2340	0,1860	0,1730	0,1720	0,1630	-0,0780***	-0,0149
Perú	2012	0,1394	0,1673	0,1535	0,1344	0,1021	0,1219	-0,0921***	-0,0128
<i>Diarrea (en menores de 5 años)</i>									
Bolivia	1998	0,1930	0,2200	0,2030	0,2070	0,1760	0,1170	-0,0800***	-0,0154
Bolivia	2003	0,2260	0,2500	0,2340	0,2240	0,2340	0,1520	-0,0630***	-0,0142
Bolivia	2008	0,2620	0,3050	0,2710	0,2810	0,2180	0,1950	-0,0760***	-0,0199
Brasil	1996	0,1000	0,1410	0,0920	0,0950	0,0810	0,0570	-0,1530***	-0,0153
Brasil	2006	0,2128	0,3003	0,2041	0,2142	0,1703	0,1536	-0,1274***	-0,0271
Colombia	1995	0,1690	0,1880	0,1990	0,1710	0,1520	0,1030	-0,0900***	-0,0152
Colombia	2000	0,1410	0,1780	0,1620	0,1310	0,1040	0,1030	-0,1070***	-0,0151
Colombia	2005	0,1440	0,1770	0,1700	0,1290	0,1120	0,0880	-0,1230***	-0,0177
Colombia	2010	0,1270	0,1640	0,1450	0,1140	0,1070	0,0730	-0,1380***	-0,0175
Costa Rica	1999	0,0678	0,1250	0,0392	0,0521	0,0745	0,0505	-0,1110	-0,0075
República Dominicana	1996	0,1050	0,1080	0,0930	0,1310	0,0990	0,0860	-0,0250	-0,0026
República Dominicana	2007	0,1490	0,1680	0,1560	0,1450	0,1320	0,1340	-0,0500**	-0,0075

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IH absoluta</i>
Guatemala	1995	0,2100	0,2290	0,2160	0,2360	0,1760	0,1630	-0,0540***	-0,0113
Guatemala	2008–09	0,2293	0,2440	0,2322	0,2500	0,2140	0,1798	-0,0411***	-0,0094
Haití	2000	0,2680	0,2730	0,2540	0,3010	0,2840	0,2150	-0,0120	-0,0032
Haití	2005–06	0,2430	0,2610	0,2490	0,2480	0,2540	0,1800	-0,0430**	-0,0104
Haití	2012	0,2128	0,1864	0,2362	0,2436	0,2185	0,1686	-0,0079	-0,0017
Jamaica	2004	0,0452	0,0500	0,0630	0,0500	0,0290	0,0340	-0,1410	-0,0064
Jamaica	2007	0,0770	0,0800	0,1090	0,0690	0,0360	0,0910	-0,0290	-0,0022
México	2000	0,1172	0,1280	0,1326	0,1218	0,0990	0,0899	-0,0817***	-0,0096
México	2006	0,1283	0,1357	0,1399	0,1102	0,1162	0,1416	-0,0163	-0,0021
México	2012	0,1102	0,1045	0,1126	0,1249	0,1042	0,1013	-0,0084	-0,0009
Perú	1996	0,1810	0,2160	0,2070	0,1840	0,1420	0,0940	-0,1210***	-0,0219
Perú	2000	0,1550	0,1870	0,1810	0,1630	0,1120	0,0760	-0,1320***	-0,0205
Perú	2004–08	0,1400	0,1690	0,1550	0,1440	0,1100	0,0850	-0,1170***	-0,0164
Perú	2012	0,1231	0,1276	0,1464	0,1298	0,1000	0,0938	-0,0838***	-0,0103
<i>Inmunización completa</i>									
Bolivia	1998	0,2559	0,2206	0,2489	0,2087	0,3386	0,3054	0,0750**	0,0192
Bolivia	2003	0,5085	0,4779	0,4984	0,4444	0,5932	0,5805	0,0367**	0,0187
Bolivia	2008	0,6723	0,6790	0,6798	0,6704	0,6838	0,6347	-0,0083	-0,0056
Brasil	1996	0,7308	0,5731	0,7394	0,8586	0,8310	0,7558	0,0760***	0,0555
Colombia	1995	0,6576	0,5406	0,6679	0,6846	0,7119	0,7457	0,0649***	0,0427
Colombia	2000	0,5239	0,4052	0,4994	0,5959	0,6328	0,5457	0,1011	0,0530
Colombia	2005	0,5995	0,4918	0,5747	0,6631	0,6506	0,7420	0,0758***	0,0454
Colombia	2010	0,6848	0,6524	0,6793	0,7269	0,6974	0,6704	0,0149	0,0102
Costa Rica	1999	0,7573	0,7000	0,7619	0,7500	0,8095	0,7619	0,0366	0,0277
República Dominicana	1996	0,3886	0,2796	0,3082	0,4742	0,4217	0,5156	0,1417***	0,0551
República Dominicana	2002	0,3570	0,2690	0,3300	0,4120	0,4290	0,3660	0,0820***	0,0293
República Dominicana	2007	0,5462	0,4513	0,5230	0,5631	0,5590	0,7148	0,0878***	0,0480
Guatemala	1995	0,4277	0,4148	0,4359	0,4640	0,3864	0,4318	0,0057	0,0024

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Guatemala	2008-09	0,7125	0,7442	0,7011	0,7061	0,7144	0,6547	-0,0199	-0,0142
Haití	2000	0,3375	0,2557	0,3059	0,4234	0,3107	0,4235	0,1005***	0,0339
Haití	2005-06	0,4143	0,3338	0,4125	0,4614	0,3572	0,5605	0,0716***	0,0297
Haití	2012	0,4522	0,4251	0,4550	0,5229	0,4226	0,4090	-0,0059	-0,0027
Jamaica	2004	0,8656	0,7880	0,8030	0,9490	0,8980	0,8900	0,0310	0,0268
Jamaica	2007	0,7778	0,6110	0,7670	0,7540	0,8880	0,8690	0,0550*	0,0428
México	2000	0,7092	0,6747	0,6985	0,7282	0,7021	0,7483	0,0169	0,0120
México	2006	0,7474	0,7446	0,7952	0,7279	0,7570	0,6883	-0,0137	-0,0102
México	2012	0,7675	0,7361	0,8277	0,7777	0,7471	0,7328	-0,0053	-0,0041
Perú	1996	0,6338	0,5566	0,6399	0,6443	0,7197	0,6680	0,0479***	0,0304
Perú	2004-08	0,5373	0,4867	0,5289	0,5278	0,5876	0,6072	0,0436***	0,0234
Perú	2012	0,6387	0,6151	0,6476	0,6089	0,6597	0,6846	0,0200	0,0128
Tratamiento médico de las IRA									
Bolivia	1998	0,4250	0,2740	0,3740	0,4130	0,5890	0,6940	0,1870***	0,0795
Bolivia	2003	0,4830	0,3950	0,5420	0,4940	0,4680	0,5740	0,0490***	0,0237
Bolivia	2008	0,5090	0,4060	0,4920	0,5380	0,5500	0,6990	0,0980***	0,0499
Brasil	1996	0,4620	0,3300	0,4830	0,4820	0,5280	0,6470	0,1240***	0,0573
Brasil	2006	0,6372	0,6294	0,5120	0,5707	0,6846	0,8552	0,0578***	0,0368
Colombia	1995	0,4870	0,3490	0,4930	0,5060	0,5340	0,6770	0,1290***	0,0628
Colombia	2010	0,6470	0,5280	0,6780	0,6830	0,7650	0,6410	0,0590***	0,0382
Costa Rica	2006	0,1752	0,1626	0,1944	0,1790	0,2157	0,1235	0,0111	0,0019
República Dominicana	1996	0,5040	0,4388	0,4643	0,5670	0,4895	0,6017	0,0581**	0,0293
República Dominicana	2002	0,6460	0,6770	0,6120	0,7000	0,6630	0,5120	-0,0200	-0,0129
República Dominicana	2007	0,6226	0,6132	0,6482	0,6219	0,6185	0,5901	-0,0104	-0,0065
Guatemala	1995	0,4052	0,2755	0,2981	0,4759	0,4687	0,7399	0,1925***	0,0780
Guatemala	2008-09	0,7598	0,6252	0,7822	0,7974	0,9239	0,8615	0,0781***	0,0594
Haití	2000	0,3795	0,3345	0,3312	0,4343	0,3885	0,5032	0,0794***	0,0301
Haití	2005-06	0,2479	0,1466	0,1847	0,2718	0,3613	0,4137	0,2209***	0,0548
Haití	2012	0,3496	0,2295	0,3001	0,3598	0,4296	0,5028	0,1457***	0,0509

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
México	2000	0,5755	0,5265	0,5618	0,5966	0,5745	0,6361	0,0280***	0,0161
México	2006	0,5843	0,5209	0,6018	0,5639	0,6099	0,6634	0,0393***	0,0230
México	2012	0,6365	0,6191	0,6196	0,6115	0,6522	0,6996	0,0197**	0,0125
Perú	1996	0,4602	0,3613	0,4489	0,5174	0,5717	0,5796	0,1113***	0,0512
Perú	2004-08	0,6652	0,6456	0,6816	0,6345	0,7193	0,6720	0,0117	0,0078
Perú	2012	0,5931	0,5878	0,6030	0,6195	0,6026	0,5261	-0,0014	-0,0008
<i>Tratamiento de la diarrea</i>									
Bolivia	1998	0,4840	0,4510	0,4720	0,4920	0,5050	0,5800	0,0420**	0,0203
Bolivia	2003	0,3820	0,3790	0,3700	0,3890	0,3860	0,4010	0,0070	0,0027
Bolivia	2008	0,4380	0,3850	0,4570	0,4700	0,4840	0,4060	0,0330*	0,0145
Brasil	1996	0,4360	0,4260	0,4790	0,5160	0,3730	0,2930	-0,0100	-0,0044
Brasil	2006	0,4050	0,5121	0,3035	0,4460	0,2879	0,4962	-0,0623***	-0,0252
Colombia	1995	0,4450	0,3440	0,4880	0,4680	0,4960	0,4990	0,0780***	0,0347
Colombia	2000	0,3210	0,3280	0,3460	0,3130	0,2940	0,2810	-0,0240	-0,0077
Colombia	2005	0,5550	0,5000	0,5910	0,5640	0,6440	0,4860	0,0350**	0,0194
Colombia	2010	0,6100	0,5790	0,6380	0,6470	0,5750	0,6230	0,0090	0,0055
República Dominicana	2002	0,3301	0,4265	0,3040	0,2969	0,3477	0,1748	-0,1020***	-0,0337
República Dominicana	2007	0,4686	0,5011	0,4606	0,4709	0,4768	0,3989	-0,0221	-0,0104
Guatemala	1995	0,5156	0,5467	0,4319	0,5682	0,5536	0,4482	-0,0002	-0,0001
Guatemala	2008-09	0,4511	0,4683	0,3984	0,4237	0,4754	0,5778	0,0179	0,0081
Haití	2000	0,4076	0,3246	0,3709	0,4278	0,4900	0,4494	0,0871***	0,0355
Haití	2005-06	0,4395	0,3295	0,3857	0,4867	0,5295	0,5487	0,1242***	0,0546
Haití	2012	0,5787	0,5657	0,5212	0,6085	0,5870	0,6449	0,0265*	0,0154
México	2000	0,3831	0,3955	0,3961	0,3907	0,3832	0,3082	-0,0225	-0,0086
México	2006	0,5313	0,5506	0,5508	0,5431	0,4638	0,5258	-0,0165	-0,0088
Perú	1996	0,2624	0,2695	0,2917	0,2204	0,2969	0,1655	-0,0242	-0,0064
Perú	2004-08	0,3830	0,3127	0,3235	0,4435	0,4430	0,5976	0,1202***	0,0460
Perú	2012	0,3799	0,2961	0,3814	0,4471	0,3972	0,4040	0,0705**	0,0268

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

País	Año	Media	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	IC/IC relativa	IIH absoluta
Retraso en el desarrollo (en menores de 5 años)									
Bolivia	1998	0,3350	0,4960	0,4010	0,3050	0,2020	0,1040	-0,2290***	-0,0767
Bolivia	2003	0,3250	0,4870	0,4150	0,2810	0,1880	0,0990	-0,2400***	-0,0780
Bolivia	2008	0,2710	0,4510	0,3440	0,2190	0,1510	0,0660	-0,2920***	-0,0791
Brasil	1996	0,1300	0,2700	0,1160	0,0740	0,0410	0,0360	-0,4150***	-0,0540
Brasil	2006	0,0656	0,0641	0,0928	0,0600	0,0399	0,0427	-0,1254***	-0,0082
Colombia	1995	0,1980	0,3000	0,2240	0,1730	0,1050	0,1050	-0,2220***	-0,0440
Colombia	2000	0,1860	0,2800	0,2250	0,1600	0,1040	0,0970	-0,2100***	-0,0391
Colombia	2005	0,1560	0,2490	0,1650	0,1290	0,1120	0,0880	-0,1230***	-0,0192
Colombia	2010	0,1280	0,1930	0,1280	0,1110	0,0930	0,0680	-0,1870***	-0,0239
Costa Rica	2008	0,0528	0,0842	0,0634	0,0424	0,0436	0,0309	-0,1696	-0,0090
República Dominicana	1996	0,1370	0,2680	0,1270	0,1040	0,0750	0,0370	-0,3440***	-0,0471
República Dominicana	2007	0,1010	0,1690	0,1000	0,0720	0,0800	0,0530	-0,2270***	-0,0229
Guatemala	1995	0,5520	0,7020	0,6670	0,5920	0,3890	0,1500	-0,1740***	-0,0960
Guatemala	1998	0,5182	0,6949	0,6665	0,5618	0,3315	0,1467	-0,2096***	-0,1086
Guatemala	2002	0,4965	0,6546	0,5911	0,5396	0,2637	0,1433	-0,1236***	-0,0613
Guatemala	2008-09	0,4767	0,690	0,600	0,450	0,255	0,150	-0,2331***	-0,1111
Haití	2000	0,2730	0,3710	0,3430	0,2710	0,2150	0,0910	-0,1940***	-0,0530
Haití	2005-06	0,2810	0,3860	0,3620	0,3040	0,2010	0,0610	-0,2220***	-0,0624
Haití	2012	0,2107	0,3110	0,2521	0,2043	0,1408	0,0692	-0,2175***	-0,0458
Jamaica	2004	0,0432	0,0690	0,0580	0,0340	0,0070	0,0480	-0,2180	-0,0094
Jamaica	2007	0,0428	0,0410	0,0570	0,0220	0,0310	0,0630	-0,0070	-0,0003
Perú	1996	0,3110	0,5150	0,3690	0,2420	0,1350	0,0830	-0,2940***	-0,0914
Perú	2000	0,3120	0,5420	0,3740	0,2120	0,1180	0,0710	-0,3270***	-0,1020
Perú	2004-08	0,2840	0,5170	0,3800	0,1690	0,1240	0,0610	-0,3520***	-0,1000
Perú	2012	0,1817	0,3862	0,2030	0,1122	0,0620	0,0401	-0,3982***	-0,0724

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
<i>Juventud a la edad mediana</i>									
<i>Bebedores (consumo de alcohol)</i>									
México	2000	0,4781	0,5527	0,5073	0,4993	0,4765	0,4413	-0,0450***	-0,0215
México	2006	0,3026	0,2459	0,2950	0,3108	0,3166	0,3293	0,0482***	0,0146
México	2012	0,3264	0,3078	0,2973	0,3055	0,3390	0,3673	0,0435***	0,0142
<i>Fumadores (mujeres)</i>									
Argentina	2005	0,3090	0,3082	0,3016	0,3202	0,3140	0,3027	0,0145	0,0045
Argentina	2009	0,2823	0,2955	0,2431	0,2880	0,3119	0,2751	0,0522***	0,0147
Bolivia	2008	0,0860	0,0620	0,0540	0,0670	0,0810	0,1480	0,2260***	0,0194
Brasil	2003	0,1948	0,2735	0,2155	0,1419	0,1678	0,1670	-0,1102***	-0,0215
Brasil	2006	0,1521	0,1829	0,1662	0,1469	0,1514	0,1221	-0,0810***	-0,0123
Brasil	2008	0,1383	0,1771	0,1527	0,1378	0,1240	0,1001	-0,1107***	-0,0153
Chile	2009	0,3650	0,3634	0,3308	0,2957	0,3926	0,4506	0,1263***	0,0461
Costa Rica	1999	0,0613	0,0293	0,0631	0,0534	0,0922	0,0683	0,2141***	0,0131
Costa Rica	2006	0,1229	0,1169	0,1339	0,1044	0,1163	0,1418	0,0174	0,0021
República Dominicana	2002	0,0860	0,1330	0,1100	0,0820	0,0690	0,0560	-0,1760***	-0,0151
República Dominicana	2007	0,0670	0,1080	0,0840	0,0600	0,0460	0,0480	-0,1830***	-0,0123
Guatemala	2002	0,0263	0,0169	0,0063	0,0088	0,0262	0,0599	0,4920***	0,0129
Guatemala	2008-09	0,0155	0,0062	0,0018	0,0071	0,0138	0,0504	0,5410***	0,0084
Haití	2005-06	0,0320	0,0460	0,0350	0,0290	0,0230	0,0350	-0,0660	-0,0021
Haití	2012	0,0497	0,0673	0,0621	0,0553	0,0444	0,0309	-0,1601***	-0,0080
Perú	2004-08	0,0610	0,0140	0,0170	0,0420	0,0740	0,1320	0,4140***	0,0253
Perú	2012	0,0481	0,0100	0,0088	0,0279	0,0525	0,1280	0,4960***	0,0238
<i>Prevalencia de métodos anticonceptivos</i>									
Argentina	2005	0,5550	0,5050	0,5930	0,5860	0,5890	0,5110	0,0442***	0,0245
Argentina	2009	0,6280	0,5840	0,6710	0,6570	0,6110	0,6210	0,0087	0,0054
Bolivia	1994	0,1777	0,0191	0,0684	0,1538	0,2399	0,4204	0,4463***	0,0793
Bolivia	1998	0,2511	0,0708	0,1719	0,2231	0,3246	0,4555	0,3030***	0,0761

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Bolivia	2003	0,3501	0,2244	0,2786	0,3178	0,4219	0,4954	0,1635***	0,0572
Bolivia	2008	0,3449	0,2249	0,2689	0,3428	0,4096	0,4676	0,1489***	0,0514
Brasil	1996	0,7006	0,5605	0,6857	0,7396	0,7368	0,7674	0,0554***	0,0388
Brasil	2006	0,8494	0,8334	0,8777	0,8384	0,8572	0,8412	−0,0019	−0,0016
Chile	2006	0,5850	0,5880	0,5580	0,5500	0,6920	0,5480	−0,0079	−0,0046
Colombia	1995	0,5921	0,4200	0,6012	0,6229	0,6462	0,6535	0,0723***	0,0428
Colombia	2000	0,6414	0,5431	0,6169	0,6724	0,7001	0,6688	0,0566***	0,0363
Colombia	2005	0,6781	0,6059	0,6681	0,6889	0,7140	0,7170	0,0353***	0,0239
Colombia	2010	0,7284	0,6831	0,7306	0,7327	0,7500	0,7481	0,0186***	0,0136
Costa Rica	2006	0,6681	0,6101	0,7188	0,6855	0,5850	0,7444	0,0139	0,0093
República Dominicana	1996	0,5923	0,5117	0,6230	0,5791	0,6173	0,6338	0,0365***	0,0216
República Dominicana	1999	0,6419	0,5423	0,6885	0,6762	0,6027	0,6833	0,0232	0,0149
República Dominicana	2002	0,6583	0,5877	0,6494	0,6794	0,6695	0,6955	0,0299***	0,0197
República Dominicana	2007	0,7009	0,6666	0,7164	0,7122	0,7134	0,6923	0,0083*	0,0058
Guatemala	1995	0,2633	0,0542	0,1029	0,2127	0,3764	0,5714	0,4101***	0,1080
Guatemala	2008-09	0,2983	0,0546	0,1408	0,2328	0,4574	0,5995	0,3980***	0,1187
Haití	1994-95	0,1313	0,0456	0,0848	0,1300	0,2048	0,2149	0,2885***	0,0379
Haití	2000	0,2282	0,1736	0,2243	0,2576	0,2429	0,2381	0,0543**	0,0124
Haití	2005-06	0,2483	0,1470	0,2229	0,2623	0,2982	0,2922	0,1216***	0,0302
Haití	2012	0,2161	0,2091	0,2061	0,2399	0,2334	0,1927	−0,0121	−0,0026
México	2000	0,5402	0,5054	0,6031	0,5723	0,5032	0,5252	−0,0141	−0,0076
México	2006	0,5378	0,5270	0,5511	0,5269	0,5780	0,5067	−0,0014	−0,0008
México	2012	0,4833	0,4450	0,4601	0,4745	0,5083	0,5270	0,0353***	0,0171
Perú	1996	0,4131	0,2394	0,3808	0,4508	0,4898	0,5036	0,1281***	0,0529
Perú	2000	0,5037	0,3673	0,4602	0,5466	0,5633	0,5791	0,0845***	0,0425
Perú	2004-08	0,4826	0,3596	0,4447	0,5272	0,5431	0,5353	0,0771***	0,0372
Perú	2012	0,5168	0,4109	0,5185	0,5280	0,5431	0,5865	0,0590***	0,0305

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Atención prenatal (4+ consultas)									
Bolivia	1998	0,4718	0,1784	0,3584	0,5218	0,7245	0,8631	0,2948***	0,1391
Bolivia	2003	0,5748	0,3071	0,4818	0,5938	0,7212	0,8922	0,1975***	0,1135
Bolivia	2008	0,7033	0,4432	0,6332	0,7578	0,8400	0,9157	0,1360***	0,0956
Brasil	1996	0,7889	0,5341	0,7952	0,9004	0,9518	0,9717	0,1305***	0,1030
Brasil	2006	0,9611	0,9482	0,9357	0,9677	0,9761	0,9977	0,0130***	0,0125
Colombia	1995	0,7091	0,4365	0,6582	0,8092	0,8971	0,9223	0,1523***	0,1080
Colombia	2000	0,8062	0,6024	0,7748	0,8716	0,9218	0,9097	0,0852***	0,0687
Colombia	2005	0,8432	0,6870	0,8315	0,8897	0,9134	0,9598	0,0661***	0,0557
Colombia	2010	0,8983	0,7894	0,8941	0,9253	0,9513	0,9729	0,0415***	0,0373
Costa Rica	1999	0,9570	0,9342	0,9308	0,9379	0,9932	0,9930	0,0190***	0,0182
República Dominicana	1996	0,8863	0,7866	0,8681	0,9121	0,9468	0,9730	0,0455***	0,0403
República Dominicana	1999	0,9350	0,8640	0,9300	0,9470	0,9340	1,0000	0,0220**	0,0206
República Dominicana	2002	0,9500	0,8950	0,9410	0,9680	0,9640	0,9860	0,0190***	0,0181
República Dominicana	2007	0,9107	0,8283	0,8990	0,9272	0,9533	0,9760	0,0327***	0,0298
Guatemala	1995	0,4194	0,2272	0,2791	0,3908	0,6282	0,8562	0,2808***	0,1178
Guatemala	2008-09	0,6730	0,5030	0,5923	0,7050	0,8539	0,9436	0,1312***	0,0883
Haití	2000	0,4487	0,2495	0,3276	0,4551	0,5290	0,7341	0,2150***	0,0965
Haití	2005-06	0,5398	0,3214	0,4344	0,5396	0,6489	0,8253	0,1878***	0,1014
Haití	2012	0,6772	0,5050	0,5598	0,6942	0,7824	0,8895	0,1187***	0,0804
México	2000	0,8459	0,7015	0,8252	0,8843	0,9002	0,9256	0,0453***	0,0383
México	2006	0,8739	0,7724	0,8666	0,8929	0,9067	0,9745	0,0395***	0,0345
México	2012	0,9256	0,9098	0,9202	0,9151	0,9421	0,9495	0,0083***	0,0077
Perú	1996	0,4948	0,1603	0,4164	0,6057	0,7477	0,8965	0,3000***	0,1484
Perú	2000	0,6825	0,4075	0,5914	0,7679	0,8845	0,9365	0,1680***	0,1147
Perú	2004-03	0,8759	0,7292	0,3580	0,9287	0,9552	0,9712	0,0592***	0,0519
Perú	2012	0,9248	0,8083	0,9191	0,9630	0,9731	0,9939	0,0403***	0,0373

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
<i>Parto atendido por personal calificado</i>									
Bolivia	1998	0,5746	0,1899	0,4447	0,6893	0,8849	0,9843	0,2953***	0,1697
Bolivia	2003	0,6112	0,2510	0,4960	0,7115	0,8803	0,9858	0,2489***	0,1521
Bolivia	2008	0,7082	0,3597	0,6460	0,8145	0,9215	0,9873	0,1884***	0,1334
Brasil	1996	0,8875	0,7282	0,8953	0,9678	0,9790	0,9932	0,0710***	0,0630
Brasil	2006	0,9692	0,9465	0,9595	0,9765	0,9902	0,9921	0,0126***	0,0122
Colombia	1995	0,8409	0,5972	0,8546	0,9155	0,9864	0,9828	0,1010***	0,0849
Colombia	2000	0,8633	0,6393	0,8502	0,9508	0,9873	0,9864	0,0879***	0,0759
Colombia	2005	0,9047	0,7281	0,9357	0,9723	0,9894	0,9922	0,0652***	0,0590
Colombia	2010	0,9462	0,8373	0,9656	0,9870	0,9931	0,9937	0,0373***	0,0353
Costa Rica	1999	0,9743	0,9290	0,9880	0,9796	0,9934	0,9860	0,0110***	0,0107
República Dominicana	1996	0,9500	0,8817	0,9652	0,9693	0,9815	0,9771	0,0222***	0,0211
República Dominicana	1999	0,9780	0,9560	0,9970	1,0000	0,9820	0,9370	−0,0020	−0,0020
República Dominicana	2002	0,9830	0,9450	0,9920	0,9930	0,9960	0,9980	0,0120***	0,0118
República Dominicana	2007	0,9465	0,8859	0,9499	0,9621	0,9786	0,9870	0,0222***	0,0210
Guatemala	1995	0,3536	0,0936	0,1636	0,3277	0,6361	0,9193	0,4384***	0,0410
Guatemala	2008-09	0,5262	0,2176	0,4053	0,6243	0,8637	0,9446	0,2926***	0,1539
Haití	2000	0,2456	0,0509	0,0876	0,1324	0,3947	0,7019	0,4987***	0,1225
Haití	2005-06	0,2630	0,0675	0,1078	0,2045	0,4267	0,6669	0,4475***	0,1177
Haití	2012	0,3768	0,0965	0,2132	0,3821	0,5647	0,7882	0,3648***	0,1375
México	2000	0,9053	0,6800	0,8718	0,9415	0,9520	0,9909	0,0553***	0,0501
México	2006	0,9335	0,8339	0,9181	0,9600	0,9934	0,9958	0,0343***	0,0321
México	2012	0,9616	0,9057	0,9681	0,9706	0,9885	0,9862	0,0149***	0,0144
Perú	1996	0,5737	0,1395	0,4916	0,7573	0,9087	0,9699	0,3146***	0,1805
Perú	2000	0,5853	0,1701	0,4549	0,7956	0,9358	0,9845	0,3157***	0,1848
Perú	2004-08	0,7744	0,4405	0,7509	0,9333	0,9782	0,9926	0,1602***	0,1241
Perú	2012	0,8689	0,6103	0,8746	0,9730	0,9925	0,9930	0,0957***	0,0832

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
<i>Tamizaje de cáncer de cuello uterino</i>									
Argentina	2005	0,4790	0,1690	0,3580	0,4990	0,6630	0,6310	0,2470***	0,1183
Argentina	2009	0,6570	0,4110	0,5710	0,6970	0,7820	0,7860	0,1360***	0,0894
Brasil	2003	0,7192	0,6021	0,6574	0,7077	0,7748	0,8540	0,0724***	0,0520
Brasil	2008	0,7730	0,6904	0,7219	0,7649	0,8130	0,8747	0,0496***	0,0384
Chile	2009	0,5704	0,5264	0,5441	0,5556	0,5719	0,7059	0,0953***	0,0544
Chile	2011	0,6618	0,6580	0,6529	0,6295	0,6562	0,7133	0,0135***	0,0089
Colombia	2005	0,9144	0,8885	0,9056	0,9060	0,9150	0,9455	0,0116***	0,0106
Colombia	2010	0,9470	0,9467	0,9425	0,9370	0,9467	0,9623	0,0035***	0,0033
Costa Rica	1999	0,6202	0,5659	0,6390	0,6293	0,6269	0,6404	0,0372***	0,0231
Costa Rica	2006	0,7842	0,7480	0,7994	0,8008	0,7538	0,8167	0,0136	0,0107
Guatemala	1998	0,2564	0,0371	0,0872	0,1927	0,3854	0,5075	0,4096***	0,1050
Guatemala	2008-09	0,3374	0,1854	0,2253	0,3319	0,4275	0,5104	0,2120***	0,0715
México	2000	0,6658	0,6789	0,6729	0,6685	0,6069	0,6985	0,0119	0,0037
México	2006	0,7523	0,8001	0,7599	0,7346	0,7173	0,7513	-0,0261***	-0,0097
México	2012	0,8394	0,8765	0,8332	0,8318	0,8060	0,8457	-0,0164**	-0,0075
<i>Edad mediana a la tercera edad</i>									
<i>Estado de salud autoevaluado (menos que bueno)</i>									
Argentina	2003	0,1831	0,2879	0,2503	0,1393	0,1721	0,0671	-0,1852***	-0,0339
Argentina	2005	0,1992	0,2865	0,2437	0,1805	0,1424	0,1430	-0,2170***	-0,0432
Argentina	2009	0,1925	0,2794	0,2157	0,1953	0,1360	0,1360	-0,2180***	-0,0420
Brasil	1998	0,2844	0,3724	0,3543	0,2957	0,2449	0,1547	-0,1593***	-0,0453
Brasil	2003	0,2764	0,3719	0,3379	0,2974	0,2343	0,1406	-0,1712***	-0,0473
Brasil	2008	0,2879	0,3910	0,3415	0,3114	0,2413	0,1542	-0,1668***	-0,0480
Chile	2003	0,3587	0,4766	0,4351	0,3850	0,3111	0,2033	-0,1400***	-0,0502
Chile	2009	0,3403	0,4153	0,3895	0,3512	0,3192	0,2408	-0,0937***	-0,0319
Chile	2011	0,3744	0,4230	0,4168	0,3893	0,3592	0,2835	-0,0745***	-0,0279
Colombia	2003	0,2068	0,3418	0,2545	0,2058	0,1542	0,0776	-0,0714***	-0,0148
Colombia	2008	0,3441	0,4724	0,4098	0,3588	0,2908	0,1889	-0,1661***	-0,0572

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Colombia	2010	0,2867	0,3906	0,3468	0,3030	0,2320	0,1613	−0,1666***	−0,0478
Costa Rica	2005	0,2241	0,3173	0,2495	0,2004	0,1961	0,1598	−0,1243***	−0,0279
Jamaica	2004	0,2244	0,2804	0,2622	0,2005	0,2028	0,1769	−0,1073***	−0,0241
Jamaica	2007	0,2277	0,2923	0,2301	0,2279	0,2038	0,1845	−0,0916***	−0,0209
Jamaica	2009	0,1930	0,2384	0,1839	0,1853	0,1797	0,1780	−0,0625***	−0,0121
México	2000	0,4572	0,5237	0,5117	0,4712	0,4257	0,3537	−0,0786***	−0,0359
México	2006	0,3629	0,4203	0,3959	0,3774	0,3507	0,2704	−0,0823***	−0,0301
Asma diagnosticada									
Argentina	2003	0,0329	0,0313	0,0437	0,0331	0,0306	0,0261	−0,0193***	−0,0006
Argentina	2005	0,0487	0,0221	0,0874	0,0365	0,0603	0,0372	0,0920***	0,0045
Brasil	2003	0,0402	0,0356	0,0415	0,0430	0,0415	0,0433	0,0335***	0,0013
Brasil	2008	0,0396	0,0376	0,0402	0,0415	0,0406	0,0423	0,0227***	0,0009
Chile	2009	0,0628	0,0610	0,0370	0,0600	0,0610	0,0950	0,2200***	0,0138
Costa Rica	2006	0,0300	0,0340	0,0283	0,0243	0,0352	0,0284	−0,0119	−0,0004
Jamaica	2004	0,0047	0,0051	0,0065	0,0016	0,0065	0,0040	−0,0108	−0,0001
Jamaica	2007	0,0090	0,0164	0,0098	0,0068	0,0040	0,0078	−0,1639*	−0,0015
Jamaica	2009	0,0278	0,0268	0,0266	0,0375	0,0255	0,0230	−0,0194	−0,0005
México	2006	0,0033	0,0029	0,0024	0,0030	0,0044	0,0036	0,0838**	0,0003
México	2012	0,0024	0,0019	0,0019	0,0026	0,0028	0,0030	0,0964**	0,0002
Depresión diagnosticada									
Brasil	2003	0,0590	0,0560	0,0609	0,0608	0,0629	0,0567	0,0049***	0,0003
Brasil	2008	0,0574	0,0551	0,0568	0,0610	0,0602	0,0550	0,0055***	0,0003
Chile	2009	0,2160	0,2210	0,2230	0,1820	0,2320	0,2220	0,1330***	0,0287
Costa Rica	2006	0,0392	0,0690	0,0499	0,0163	0,0417	0,0197	−0,2171***	−0,0085
México	2006	0,1094	0,0884	0,1031	0,1191	0,1154	0,1208	0,0566***	0,0062
México	2012	0,1129	0,0991	0,1059	0,1191	0,1187	0,1219	0,0456***	0,0051

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
<i>Diabetes diagnosticada</i>									
Argentina	2005	0,0848	0,0871	0,0943	0,0768	0,0820	0,0837	-0,0018	-0,0002
Argentina	2009	0,0964	0,0940	0,0926	0,1109	0,0944	0,0899	0,0260*	0,0025
Brasil	2003	0,0378	0,0358	0,0377	0,0414	0,0402	0,0368	0,0093***	0,0004
Brasil	2008	0,0498	0,0473	0,0507	0,0515	0,0526	0,0490	0,0095***	0,0005
Chile	2009	0,0676	0,1030	0,0760	0,0590	0,0540	0,0460	0,0749	0,0051
Costa Rica	2006	0,0550	0,0694	0,0580	0,0473	0,0523	0,0484	-0,0624	-0,0034
Jamaica	2004	0,0190	0,0188	0,0266	0,0198	0,0164	0,0136	-0,0887	-0,0017
Jamaica	2007	0,0323	0,0255	0,0310	0,0339	0,0432	0,0280	0,0526	0,0017
Jamaica	2009	0,0721	0,0726	0,0647	0,0765	0,0649	0,0816	0,0281	0,0020
México	2000	0,0618	0,0690	0,0467	0,0664	0,0654	0,0616	0,0140	0,0009
México	2006	0,0713	0,0569	0,0708	0,0820	0,0752	0,0716	0,0430***	0,0031
México	2012	0,0899	0,0908	0,0913	0,0865	0,0884	0,0923	-0,0004	0,0000
<i>Enfermedad cardíaca diagnosticada (mayores de 40 años)</i>									
Argentina	2003	0,0456	0,0513	0,0128	0,0514	0,0338	0,0784	0,1454***	0,0066
Argentina	2005	0,0658	0,0886	0,0851	0,0760	0,0415	0,0378	-0,1106***	-0,0073
Brasil	2003	0,0995	0,0982	0,1038	0,1046	0,1041	0,0868	-0,0146**	-0,0015
Brasil	2008	0,0953	0,0910	0,1021	0,1006	0,0967	0,0861	-0,0108*	-0,0010
Chile	2009	0,1809	0,2531	0,2164	0,1513	0,1566	0,1256	0,0301	0,0054
México	2006	0,0582	0,0535	0,0525	0,0536	0,0696	0,0571	0,0351	0,0020
México	2012	0,0736	0,0708	0,0774	0,0715	0,0725	0,0755	0,0276	0,0020
<i>Hipertensión diagnosticada (mayores de 40 años)</i>									
Argentina	2005	0,4442	0,4625	0,4724	0,4457	0,4376	0,4114	0,0087	0,0039
Argentina	2009	0,4537	0,4718	0,4608	0,4834	0,4480	0,4091	0,0088	0,0040
Brasil	2003	0,3308	0,3379	0,3536	0,3488	0,3262	0,2872	-0,0311***	-0,0103
Brasil	2008	0,3494	0,3527	0,3676	0,3606	0,3483	0,3176	-0,0202***	-0,0071
Chile	2009	0,4415	0,5037	0,4800	0,4336	0,4085	0,3814	0,0618***	0,0273
Jamaica	2004	0,0721	0,0666	0,0901	0,0643	0,0734	0,0663	-0,0112	-0,0008

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Jamaica	2007	0,1147	0,1334	0,1239	0,1156	0,1179	0,0829	−0,0764**	−0,0088
Jamaica	2009	0,1682	0,1685	0,1535	0,1533	0,1751	0,1909	0,0367	0,0062
México	2000	0,2626	0,2287	0,2142	0,2231	0,2399	0,2848	0,0607*	0,0159
México	2006	0,2350	0,2117	0,2489	0,2425	0,2445	0,2417	0,0185	0,0043
México	2012	0,2604	0,2528	0,2601	0,2537	0,2625	0,2630	0,0093	0,0024
Obesidad entre hombres									
Argentina	2005	0,0690	0,0536	0,0691	0,0798	0,0739	0,0687	0,0570***	0,0042
Argentina	2009	0,0858	0,0674	0,0994	0,0841	0,0909	0,0871	0,0440***	0,0041
Chile	2009	0,1938	0,1684	0,1597	0,2640	0,2292	0,1449	0,1817***	0,0437
Colombia	2005	0,0871	0,0309	0,0694	0,0865	0,1162	0,1322	0,4647***	0,0443
Colombia	2010	0,1227	0,0575	0,1082	0,1244	0,1561	0,1671	0,3664***	0,0512
Obesidad entre mujeres no embarazadas									
Argentina	2005	0,0478	0,0673	0,0591	0,0402	0,0369	0,0283	−0,0599*	−0,0029
Argentina	2009	0,0656	0,1007	0,0756	0,0570	0,0447	0,0375	−0,1247***	−0,0082
Bolivia	1998	0,1140	0,0470	0,0990	0,1380	0,1490	0,1510	0,1970***	0,0225
Bolivia	2008	0,1740	0,0820	0,1580	0,2010	0,2320	0,1680	0,0840***	0,0146
Brasil	1996	0,0980	0,0630	0,0990	0,1200	0,1210	0,0950	0,0970***	0,0095
Brasil	2006	0,2099	0,1941	0,2067	0,2315	0,2310	0,1933	−0,0016	−0,0003
Chile	2009	0,3071	0,3506	0,3512	0,3407	0,2608	0,2130	0,0230	0,0071
Colombia	1995	0,0930	0,0700	0,1210	0,0850	0,0820	0,1160	0,0450	0,0042
Colombia	2000	0,1070	0,0770	0,0880	0,1240	0,1180	0,1330	0,1420***	0,0152
Colombia	2005	0,1160	0,0970	0,1150	0,1230	0,1280	0,1120	0,0270**	0,0031
Colombia	2010	0,1420	0,1400	0,1600	0,1470	0,1390	0,1190	−0,0380***	−0,0054
Costa Rica	2006	0,1480	0,1714	0,1308	0,1530	0,1720	0,1188	−0,0362	−0,0054
Guatemala	1998	0,1267	0,0243	0,0659	0,1309	0,1488	0,3008	0,3992***	0,0506
Guatemala	2002	0,1389	0,0730	0,0938	0,1377	0,1799	0,1760	0,2499***	0,0347
Guatemala	2008-09	0,1702	0,0833	0,1119	0,1731	0,2229	0,2323	0,1941***	0,0330
Haití	1994-95	0,0270	0,0080	0,0100	0,0000	0,0250	0,1170	0,5820***	0,0157

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Haití	2005-06	0,0620	0,0060	0,0180	0,0310	0,0710	0,1300	0,4370***	0,0271
Haití	2012	0,0776	0,0118	0,0397	0,0506	0,0869	0,1508	0,3670***	0,0285
México	2006	0,1029	0,0623	0,0813	0,1204	0,1084	0,1419	0,1588***	0,0163
Perú	1996	0,0960	0,0300	0,0730	0,1160	0,1350	0,1610	0,2750***	0,0264
Perú	2000	0,1300	0,0360	0,0970	0,1590	0,1790	0,1410	0,1540***	0,0200
Perú	2004-08	0,1420	0,0500	0,1220	0,1700	0,1780	0,1500	0,1110***	0,0158
Perú	2012	0,1787	0,0853	0,1610	0,2170	0,2153	0,1849	0,0975***	0,0174
<i>Tamizaje de cáncer de mama</i>									
Argentina	2005	0,5520	0,4000	0,5020	0,5900	0,6900	0,6210	0,1390***	0,0767
Argentina	2009	0,7060	0,5870	0,6640	0,7290	0,8080	0,7670	0,0830***	0,0586
Brasil	2003	0,4780	0,2360	0,3304	0,4545	0,5899	0,7790	0,2355***	0,1126
Brasil	2008	0,5918	0,3639	0,4651	0,5472	0,6649	0,8401	0,1470***	0,0870
Chile	2009	0,3740	0,2830	0,2540	0,3980	0,4280	0,5070	0,2205***	0,0825
Chile	2011	0,5714	0,5009	0,5156	0,5328	0,5981	0,7039	0,0662***	0,0378
Colombia	2005	0,7695	0,6986	0,6829	0,6934	0,7516	0,8269	0,0463***	0,0356
Colombia	2010	0,8001	0,7324	0,8194	0,7845	0,7683	0,8284	0,0169***	0,0136
Costa Rica	2006	0,3276	0,2362	0,2870	0,3469	0,3691	0,3990	0,0912***	0,0299
México	2000	0,3871	0,3492	0,3382	0,3457	0,3219	0,4804	0,0884	0,0133
México	2006	0,5177	0,4443	0,4593	0,4898	0,4945	0,6390	0,0978***	0,0211
México	2012	0,8141	0,8383	0,8336	0,8128	0,7691	0,8239	-0,0082	-0,0035
<i>Consulta externa</i>									
Argentina	2003	0,4598	0,3354	0,4484	0,4298	0,4926	0,5928	0,1140***	0,0524
Argentina	2005	0,5147	0,3875	0,5202	0,5222	0,6142	0,5289	0,0918***	0,0473
Brasil	1998	0,2468	0,1818	0,2121	0,2388	0,2639	0,3331	0,1321***	0,0175
Brasil	2003	0,2699	0,2248	0,2356	0,2594	0,2841	0,3423	0,0981***	0,0143
Brasil	2008	0,2685	0,2242	0,2379	0,2615	0,2820	0,3345	0,0928***	0,0134
Chile	2003	0,1125	0,1099	0,1097	0,1085	0,1117	0,1228	0,0682***	0,0205
Chile	2009	0,1160	0,1139	0,1161	0,1103	0,1112	0,1288	0,0602***	0,0186
Chile	2011	0,1354	0,1433	0,1408	0,1258	0,1252	0,1421	0,0433***	0,0153

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Guatemala	2006	0,1871	0,1341	0,1715	0,1875	0,2123	0,2397	0,1137***	0,0213
Guatemala	2011	0,1474	0,1073	0,1355	0,1375	0,1602	0,2026	0,1208***	0,0178
México	2006	0,1708	0,1515	0,1665	0,1643	0,1757	0,1957	0,0538***	0,0048
México	2012	0,1645	0,1456	0,1556	0,1635	0,1716	0,1861	0,0526***	0,0045
Hospitalización									
Argentina	2003	0,0775	0,0976	0,0358	0,0921	0,0785	0,0829	0,0467***	0,0036
Argentina	2005	0,0769	0,0743	0,0883	0,0475	0,0855	0,0886	0,0436***	0,0034
Brasil	1998	0,0842	0,0938	0,0843	0,0790	0,0777	0,0861	-0,0193***	-0,0016
Brasil	2003	0,0804	0,0876	0,0757	0,0754	0,0764	0,0868	0,0007	0,0001
Brasil	2008	0,0804	0,0841	0,0780	0,0753	0,0778	0,0870	0,0073	0,0006
Chile	2000	0,0680	0,0770	0,0670	0,0650	0,0620	0,0680	0,0200***	0,0014
Chile	2003	0,0729	0,0776	0,0706	0,0709	0,0704	0,0751	0,0681***	0,0050
Chile	2009	0,0574	0,0605	0,0577	0,0558	0,0545	0,0586	0,0322***	0,0018
Chile	2011	0,0681	0,0750	0,0714	0,0651	0,0614	0,0675	0,0307***	0,0021
Colombia	2003	0,0784	0,0628	0,0728	0,0810	0,0808	0,0948	0,0773***	0,0061
Colombia	2008	0,0747	0,0684	0,0752	0,0657	0,0845	0,0798	0,0361**	0,0027
Colombia	2010	0,0773	0,0660	0,0773	0,0775	0,0825	0,0832	0,0473***	0,0037
Costa Rica	2006	0,0522	0,0491	0,0469	0,0459	0,0706	0,0482	0,0403	0,0021
Guatemala	2006	0,1067	0,0610	0,0489	0,1210	0,1378	0,1711	0,2400***	0,0022
Guatemala	2011	0,0636	0,0436	0,0346	0,0602	0,0896	0,0929	0,2175***	0,0012
Jamaica	2004	0,0650	0,0325	0,0627	0,0589	0,0781	0,0933	0,1645	0,0107
Jamaica	2007	0,0449	0,0057	0,0321	0,0480	0,0577	0,0805	0,3314***	0,0149
Jamaica	2009	0,0433	0,0301	0,0587	0,0476	0,0702	0,0102	-0,0419	-0,0018
México	2000	0,0618	0,0521	0,0598	0,0689	0,0658	0,0623	0,0324***	0,0020
México	2006	0,0457	0,0438	0,0466	0,0440	0,0456	0,0487	0,0201*	0,0009
México	2000	0,0472	0,0483	0,0474	0,0511	0,0423	0,0472	-0,0101	-0,0005
Perú	2004	0,0476	0,0354	0,0461	0,0468	0,0586	0,0513	0,0666***	0,0032
Perú	2008	0,0533	0,0358	0,0506	0,0579	0,0574	0,0650	0,0927***	0,0049
Perú	2011	0,0606	0,0459	0,0591	0,0662	0,0620	0,0697	0,0664***	0,0040

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Consultas preventivas									
Argentina	2003	0,6018	0,6311	0,6269	0,4643	0,5409	0,7041	0,0293	0,0077
Argentina	2005	0,7753	0,7278	0,7705	0,8096	0,8111	0,7312	0,0298	0,0117
Brasil	1998	0,1012	0,0574	0,0787	0,1001	0,1146	0,1530	0,1961***	0,0035
Brasil	2003	0,2630	0,2051	0,2146	0,2418	0,2723	0,3707	0,1464***	0,0073
Brasil	2008	0,2630	0,1589	0,1618	0,1843	0,2143	0,2892	0,1467***	0,0055
Chile	2003	0,1669	0,1870	0,1823	0,1666	0,1558	0,1426	0,0024	0,0004
Chile	2009	0,1832	0,2014	0,2015	0,1794	0,1680	0,1658	0,0020	0,0004
Chile	2011	0,2139	0,2584	0,2427	0,2054	0,1841	0,1788	-0,0239***	-0,0051
Colombia	2003	0,1472	0,0924	0,1175	0,1374	0,1745	0,2357	0,1450***	0,0683
Colombia	2008	0,1756	0,1253	0,1560	0,1807	0,1951	0,2326	0,0913***	0,0491
Colombia	2010	0,1736	0,1230	0,1490	0,1723	0,1976	0,2408	0,1000***	0,0534
Perú	2004	0,1044	0,0977	0,1145	0,1182	0,1025	0,0889	-0,0334**	-0,0035
Perú	2008	0,1637	0,1594	0,1765	0,1657	0,1643	0,1529	-0,0129*	-0,0021
Perú	2011	0,1525	0,1609	0,1615	0,1529	0,1469	0,1404	-0,0288***	-0,0044
Consultas curativas									
Argentina	2003	0,7077	0,6749	0,7014	0,7829	0,7444	0,6424	0,0000	0,0000
Argentina	2005	0,5336	0,5462	0,5255	0,5570	0,5096	0,5316	0,0072	0,0038
Brasil	1998	0,2232	0,1704	0,1987	0,2151	0,2358	0,2931	0,1163***	0,0138
Brasil	2003	0,1991	0,1746	0,1807	0,1959	0,2110	0,2324	0,0674***	0,0071
Brasil	2008	0,2144	0,1841	0,1962	0,2146	0,2242	0,2518	0,0701***	0,0080
Chile	2003	0,0652	0,0552	0,0567	0,0616	0,0692	0,0839	0,1285***	0,0235
Chile	2009	0,0737	0,0638	0,0679	0,0691	0,0730	0,0955	0,1115***	0,0229
Chile	2011	0,0927	0,0890	0,0879	0,0857	0,0888	0,1125	0,0980***	0,0248
Colombia	2003	0,6859	0,6046	0,6395	0,6464	0,7193	0,8033	0,0576***	0,0395
Colombia	2008	0,7847	0,6949	0,7751	0,7801	0,8299	0,8404	0,0373***	0,0293
Colombia	2010	0,7801	0,7129	0,7595	0,7344	0,8301	0,8635	0,0404***	0,0315
Guatemala	2006	0,1947	0,1391	0,1751	0,1963	0,2232	0,2501	0,1164***	0,0227
Guatemala	2011	0,1517	0,1108	0,1372	0,1397	0,1672	0,2100	0,1251***	0,0190

Cuadro continúa en la siguiente página

Apéndice C (continuación)

<i>País</i>	<i>Año</i>	<i>Media</i>	<i>Q1</i>	<i>Q2</i>	<i>Q3</i>	<i>Q4</i>	<i>Q5</i>	<i>IC/IC relativa</i>	<i>IIH absoluta</i>
Jamaica	2004	0,6724	0,6182	0,6958	0,7043	0,6701	0,6752	0,0146	0,0096
Jamaica	2007	0,6777	0,4817	0,6726	0,7020	0,7687	0,7611	0,0808***	0,0548
Jamaica	2009	0,7808	0,7017	0,7683	0,7760	0,7931	0,8632	0,0375**	0,0293
México	2006	0,8253	0,7692	0,8353	0,7964	0,8369	0,8700	0,0369**	0,0215
México	2012	0,8584	0,8505	0,8402	0,8327	0,8665	0,8904	0,0245*	0,0153
Perú	2004	0,1429	0,0896	0,1233	0,1392	0,1649	0,1976	0,1440***	0,1440
Perú	2008	0,1645	0,1382	0,1501	0,1576	0,1821	0,1945	0,0721**	0,0721
Perú	2011	0,1880	0,1623	0,1795	0,1826	0,1973	0,2185	0,0610***	0,0610

Fuentes: Hojas de Datos sobre Equidad y Protección Financiera en Salud (Banco Mundial, 2012). En otros casos, las estimaciones se toman de Argentina—ENFR 2005 y 2009; Brasil—PNDS 2006, PNAD 2003 y 2008; Chile—ENS 2009, CASEN 2003, 2009 y 2011, ENCAVI 2006; Colombia—ENDS 2005 y 2010, ECV—2003, 2008 y 2010, ENSIN 2005 y 2010; Costa Rica—ENSSR 1999, ENSA 2006, ENANU 2008; Guatemala—ENSMI 2008-09, ENCOVI 2006 y 2011; Haití—DHS 2012; Jamaica—JSLC 2004, 2007 y 2009; México—ENSA 2000, ENSANUT 2006 y 2012; Perú—DHS 2012, ENAHO 2004, 2008 y 2012.

Nota: El valor medio y los quintiles del Q1 al Q5 muestran muertes por cada 1000 nacidos vivos.

Nivel de significancia: * = 10 %, ** = 5 %, *** = 1 %.

Declaración sobre los beneficios para el medio ambiente

El Banco Mundial ha asumido el compromiso de reducir su huella ambiental. Por lo tanto, sacamos provecho de las opciones de publicación electrónica y de las tecnologías de impresión a demanda, instaladas en centros regionales de todo el mundo. Esto permite reducir las tiradas y las distancias de los envíos, con lo que disminuyen el consumo de papel, el uso de productos químicos, las emisiones de gases de efecto invernadero y los desechos.

Seguimos las normas recomendadas por Green Press Initiative para el uso del papel. La mayoría de nuestros libros están impresos en papel certificado por el Consejo de Administración Forestal (FSC), y casi todos contienen entre un 50 % y un 100 % de papel reciclado. Las fibras recicladas del papel de nuestros libros no están blanqueadas, o bien han sido sometidas a un blanqueo totalmente libre de cloro (TCF), procesado sin cloro (FCF) o mejorado sin cloro elemental (EECF).

Para obtener más información sobre la filosofía ambiental del Banco, visite <http://www.worldbank.org/corporateresponsibility>.



En las últimas tres décadas, muchos países en América Latina y el Caribe han reconocido el tema de la salud como un derecho humano. Desde inicios de la década del 2000, 46 millones de personas adicionales, de los países estudiados, gozan de la protección de programas de salud con explícitos derechos a recibir atención. Las reformas han venido acompañadas por un incremento en el gasto público del sector salud, financiado en gran parte por los ingresos fiscales que priorizan o están dirigidos explícitamente hacia las poblaciones sin capacidad de pago. Los compromisos políticos se han traducido en general en presupuestos más elevados y en leyes aprobadas que circunscriben los fondos destinados al sector salud. En la mayoría de los países se ha priorizado la atención primaria en salud por su costo efectividad, y se han adoptado métodos de compra que incentivan la eficiencia y la responsabilidad en los resultados y que les dan a los administradores del sector salud mejores herramientas para dirigir a los proveedores hacia la consecución de las prioridades de salud pública. Sin embargo, a pesar de los avances, aún subsisten las disparidades en el financiamiento y calidad de los servicios de los subsistemas de salud. Cumplir con el compromiso de la cobertura universal de salud exigirá esfuerzos concertados para mejorar la generación de los ingresos fiscales de manera sostenible y de elevar la productividad y efectividad del gasto.

En el reporte *Hacia la cobertura universal en salud y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados*, los autores señalan que la evidencia tomada de un análisis de 54 encuestas de hogares corrobora que las inversiones en la ampliación de la cobertura están generando resultados. A pesar que los pobres aun presentan los peores índices de salud en comparación con los ricos, las disparidades se han reducido en gran medida, especialmente durante las primeras etapas de vida. Los países han alcanzado elevados niveles de cobertura y equidad en la utilización de los servicios de salud materno-infantil. El panorama se torna más lleno de matices y no tan positivo cuando se trata de la salud en adultos y de la prevalencia de condiciones y enfermedades crónicas. La cobertura de las intervenciones de enfermedades no transmisibles no es muy alta y la utilización de los servicios se inclina hacia aquellos que gozan de una mejor posición socioeconómica. La prevalencia de las enfermedades no transmisibles no ha mostrado el comportamiento esperado en vista de la caída en las tasas de mortalidad: un mayor acceso a los servicios de diagnóstico por parte de los segmentos más ricos podría encubrir cambios en la prevalencia real.

Los gastos catastróficos en salud han ido en descenso en la mayoría de los países. El panorama en torno a la equidad, sin embargo es mixto, apuntando hacia limitaciones en la medida. Si bien la tasa de empobrecimiento a causa de gastos en salud es baja, con tendencia decreciente en términos generales, entre dos y cuatro millones de personas en los países estudiados aun caen por debajo de la línea de la pobreza después de haber incurrido en gastos en salud.

Los esfuerzos para darle un seguimiento sistemático a la calidad de la atención en la región, apenas dan sus primeros pasos. Sin embargo, un repaso a la literatura revela graves deficiencias en la calidad de la atención de salud, así como sustanciales diferencias entre los diversos subsistemas. Elevar la calidad de la atención y asegurar la sostenibilidad de las inversiones en salud siguen siendo una agenda inconclusa.



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas



GRUPO BANCO MUNDIAL

ISBN 978-1-4648-1177-7



SKU 211177