

América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud

Jeanette Vega y Patricia Frenz

Publicado en línea en *The Lancet* el 16 de octubre, 2014 y traducido al español con permiso.
Inglés disponible en: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2814%2961635-4/fulltext>

Para lograr la cobertura universal de salud se necesita definir qué cobertura se requiere garantizar a todos. Considerando la brecha entre lo que es posible médicamente y lo que es factible financieramente, es inevitable que cada sociedad realice algún tipo de racionamiento. De modo que no se trata de decidir si hay que establecer prioridades, sino cuál es la mejor manera de hacerlo.[1] Sin embargo, en el debate sobre cobertura universal de salud, este tema se pasa por alto o es de ocurrencia tardía. Esta situación surge porque la definición explícita de prioridades es un asunto polémico, con una carga política y un desafío a nivel técnico, que muy rara vez es objeto de estudio y es pobremente entendido.[2] En este contexto, las lecciones de América Latina tienen una relevancia especial. Más que en cualquier otra parte del mundo, los países de esta región han introducido prioridades explícitas para definir planes de beneficios de salud.[3,4] Sus defensores argumentan que los resultados son potencialmente más eficaces, equitativos, transparentes y eficientes que prácticas implícitas de racionamiento, que incluyen listas de espera, ajustes de calidad o tarifas a los usuarios.[4]

La primera lección es que los planes de beneficios tienen diferentes formas y dimensiones, y que no se restringen a una lista de servicios esenciales en sociedades con graves limitaciones de recursos. Giedion y sus colegas[4] destacan la heterogeneidad de enfoques que usan los países latinoamericanos para establecer prioridades, así como el diseño y entrega de los planes de beneficios. El alcance va desde lo amplio a lo restringido en lo que respecta a los tipos de tecnologías utilizadas, priorización en el control de enfermedades, y las poblaciones elegibles. Por ejemplo, el *Plan Integral de Atención en Salud* (PIAS) de Uruguay incluye a toda la población y proporciona atención universal integral de salud durante todo el ciclo vital, predominantemente en atención primaria, así como un amplio catálogo de servicios más complejos de diagnóstico y servicios terapéuticos, independiente del proveedor.[5] El plan de *Acceso Universal con Garantías Explícitas* (AUGE) de Chile, incluye derechos legalmente exigibles a un conjunto integral de servicios para un grupo priorizado de enfermedades, sin negar atención de salud para otros trastornos que quedan sujetos a listas de espera.[6] De este modo, AUGE es un plan integral para algunas enfermedades. El *Plan Obligatorio de Salud Subsidiado* (POSS) de Colombia, selecciona intervenciones según grupos de enfermedades con el fin de establecer un conjunto de servicios de atención de salud garantizados por el Estado, lo que significa que todas las personas pueden recibir un conjunto limitado de servicios.[7]

Otros planes han sido diseñados para subpoblaciones elegibles. El *Seguro Popular* de México, para personas que están fuera del sistema de seguridad social, prioriza coberturas catastróficas universales para beneficios complejos (*Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos* [FPGC]), combinado con grupos de intervenciones establecidas en el *Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud* (CAUSES).[8] El *Plan Esencial de Aseguramiento en Salud*


(PEAS) de Perú prioriza por problemas de salud, enfocándose a proporcionar atención más restringida de servicios esenciales para grupos específicos.[9] El *Plan Nacer* en Argentina y el *Paquete Básico de Salud* (PBS) en Honduras se centran en atención de salud a madres y niños de escasos recursos.[10,11] Todos estos programas son ejemplos de cobertura de grupos específicos, con algunas intervenciones, más que planes integrales universales.

Una segunda lección se relaciona con las capacidades institucionales requeridas para definir y actualizar regularmente los planes de beneficios. Para cumplir sus promesas, las instituciones consumen muchos recursos; necesitando un liderazgo político y técnico sostenido, respaldado por fundamentos legales. Buenos procesos técnicos son una condición sine qua non, abarcando la evaluación de las necesidades de salud, la valoración de nuevas tecnologías y alternativas de intervención, así como la planificación y organización de la entrega de servicios. En el ámbito político, se precisa establecer un equilibrio entre intereses diversos y a veces contrapuestos. Hacerlo demanda sólidas medidas regulatorias para impedir que intereses creados se pongan al servicio de estrechas visiones particulares de la industria, de organizaciones o grupos específicos, distorsionando de ese modo las metas nacionales de salud. Por ejemplo, en Chile, por ley la definición de AUGE requiere el uso de estudios epidemiológicos, de carga de enfermedad y análisis de costo-efectividad, y debe considerar preferencias sociales y factibilidad. Los procedimientos obligatorios de consulta los dirige un consejo consultivo técnico independiente.[12] A pesar de la transparencia del proceso chileno, aún no se han resuelto interrogantes sobre la equidad y el nivel de participación pública.[13] Además, los planes de beneficios que mejoran la cobertura universal de salud deben estar respaldados por recursos adecuados, de modo que la lista de prioridades se pueda convertir en una realidad de servicios de calidad, disponibles, accesibles y aceptables. Así, la movilización de recursos financieros y la inversión en recursos humanos y en infraestructura son fundamentales para la cobertura universal de salud.[14]

Tercero, si bien los planes de beneficios y sus procesos de definición siguen evolucionando en los países latinoamericanos, se necesita con urgencia mejorar el monitoreo y la evaluación a nivel nacional con el fin de establecer si los planes efectivamente se han traducido en mejoras en la salud y la equidad en salud con una ciudadanía más satisfecha. En México existe evidencia de que el *Seguro Popular* ha contribuido a reducir brechas en la cobertura de servicios, la protección financiera y el tratamiento de personas con problemas de salud.[15] En Chile, con posterioridad a la inclusión del cáncer de mama en el AUGE en 2005, las biopsias casi se duplicaron y las tasas de cirugía con reconstrucción del seno aumentaron a más del triple. Y lo que es más importante, la detección temprana de los casos de cáncer de mama diagnosticados en etapa I incrementó del 68% al 75%, y el diagnóstico tardío (etapa IV) disminuyó del 9% al 4%.[16] Sin embargo, el potencial de desplazamiento de las personas cuyos

trastornos no están cubiertos por los planes sigue siendo una inquietud en lo que respecta a equidad.[13]

Para acelerar la acción en pro de la cobertura universal de salud, a nivel mundial se necesita una agenda con visión de futuro de

investigación y de desarrollo de competencias para fijar prioridades, con el fin de difundir más ampliamente lo que se conoce, investigar lo que aún se ignora y apoyar el fortalecimiento de capacidades para hacer lo que hay que hacer. Aprender más de la América Latina es un punto de partida. 

REFERENCIAS

- Glassman A, Chalkidou K. Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending. 2012. Disponible en: http://www.cgdev.org/files/1426240_file_priority_setting_global_health_FINAL.pdf (citado 19 de septiembre, 2014). Inglés.
- Kapiriri L. How effective has the essential health package been in improving priority setting in low income countries? *Soc Sci Med* 2013; 85: 38–42. Inglés.
- Sojo A. Health benefits guarantees in Latin America: equity and quasi-market restructuring at the beginning of the Millennium. 2006. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/1/25601/L717.pdf> (citado 25 de septiembre, 2014). Inglés.
- Inter-American Development Bank Social Protection and Health Division. Giedion U, Bitrán R, Tristao I, eds. Health benefit plans in Latin America: a regional comparison. Mayo, 2014. Disponible en: <http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Health-Benefit-Plans.pdf?sequence=1> (citado 19 de septiembre, 2014). Inglés.
- Aran D, Laca H. [The health system of Uruguay]. *Rev Salud Pública México* 2013; 53: 265–74. Español.
- Sandoval Orellana H. [Better health for Chile: sanitary, political and financial basis for the need and timeliness of reforming the Chilean Health System]. *Cuad Médicos Soc* 2004; 43: 5–20. Español.
- Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. *Health Aff (Millwood)* 2009; 28: 853–63. Inglés.
- Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul F. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull World Health Organ* 2009; 87: 542–48. Inglés.
- Congreso de la República. Framework law for universal health insurance. Perú, 2009. Disponible en: http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/44_1.pdf (citado 25 de septiembre, 2014). Español.
- Johannes L. Output-based aid in health: the Argentine Maternal-Chile Health Insurance Program. *OB Approaches* 2007; 13: 1–4. Inglés.
- Rodríguez Herrera A. [Health reform in Honduras]. Santiago, 2006. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/5/26905/lcl2541e.pdf> (citado 25 de septiembre, 2014). Español.
- Vargas V, Poblete S. Health prioritization: the case of Chile. *Health Aff (Millwood)* 2008; 27: 782–92. Inglés.
- Zúñiga Fajuri A. [Justice and health care rationing in AUGE: bioethical dilemmas associated to the distribution of scarce resources]. *Acta Bioeth* 2011; 17: 73–84. Español.
- Dawes A, González F. On the importance of hospital supply in health reforms: the AUGE plan in Chile. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010. Inglés.
- Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012; 380: 1259–79. Inglés.
- Bitrán R, Escobar L, Gassibe P. After Chile's health reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Aff (Millwood)* 2010; 29: 2161–70. Inglés.

LAS AUTORAS

Jeanette Vega, Fondo Nacional de Salud de Chile, Santiago, Chile.

Patricia Frenz (autora para correspondencia: pfrenz@med.uchile.cl), Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Ambas autoras fueron miembros de la comisión de reforma del Ministerio de Salud en Chile.

Traducción aprobada por las autoras: 28 de enero, 2015

Declaraciones: Ninguna

Citación sugerida: Vega J, Frenz P. América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. MEDICC Rev. 2015;17 Suppl:S14–5. Disponible en: <http://medicc.org/mediccreview/uhc-vega.php>