



# EXPLORANDO MECANISMOS PARA FINANCIAR LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (CUS)



El presente año representa un momento clave en el trayecto global hacia el logro de la Cobertura Universal de Salud (CUS). A medida que los países acuerdan cómo avanzar, muchas de las conversaciones al respecto se realizan sin una participación significativa de las comunidades y de la sociedad civil.

Frontline AIDS está profundamente comprometida en garantizar que las organizaciones comunitarias y la sociedad civil puedan participar y contribuir en estos diálogos políticos a nivel mundial y nacional.

Un desafío común de las instancias comunitarias y de la sociedad civil es que no se les considera como expertas en financiamiento de la salud, una de las tres dimensiones centrales de la política de cobertura universal de salud. Frontline AIDS ha desarrollado este documento de discusión para intentar desmitificar y explicar el concepto de financiamiento mancomunado (para la salud, de modo que la sociedad civil y los grupos comunitarios puedan participar en la formulación de políticas para la CUS a nivel nacional.

Este documento se centra en la financiación conjunta y en el impacto económico que los gastos en salud tienen en las personas. No contempla otros desafíos para mejorar el acceso a la atención médica o la calidad de los servicios. No describe los problemas para financiar la promoción y prevención del VIH.

El documento no representa la posición de Frontline AIDS sobre la cobertura universal de salud; se trata de una contribución para estimular un mayor diálogo sobre las opciones disponibles para que los países financien la atención médica. A continuación, se incluyen algunas preguntas a considerar conforme se adentra en la lectura de este documento de discusión.

- ¿Debe y puede la atención médica ser gratuita en el punto de acceso para todos? ¿Esto afecta la calidad de los servicios?
- En cada uno de los modelos descritos para financiar la atención médica, ¿quiénes podrían quedar excluidos del acceso a la atención médica?
- ¿Cuáles son los desafíos de los diferentes sistemas de salud coexistentes?
- ¿Quién establece los lineamientos-guía sobre qué servicios deberían estar cubiertos por un sistema de financiamiento mancomunado?
- ¿Puede la CUS trabajar efectivamente para reducir las dificultades financieras sin mecanismos de protección social?
- ¿Cómo podemos abordar las preocupaciones que sienten las personas marginadas o incluso criminalizadas que a menudo sienten la necesidad de pagar de su bolsillo para garantizar la confidencialidad y la seguridad al acceder a los servicios de salud?

No hay respuestas simples a estas preguntas. Todas ellas son específicas para cada contexto y país. Aunque intentamos explicar algunos de los problemas, las respuestas necesitarían un análisis más detallado y matizado en cada país.

## ¿QUÉ ES LA CUS Y POR QUÉ IMPORTA?

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), CUS significa que "todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos) sin el riesgo de dificultades financieras al pagar por ellos. Para ello se requiere un sistema de salud eficiente que brinde a toda la población acceso a servicios de buena calidad, personal de salud capacitado, y medicamentos y tecnologías de buena calidad. También requiere un sistema de financiamiento para proteger a las personas de las dificultades financieras y el empobrecimiento por los costos de atención médica. El acceso equitativo a los servicios de salud busca asegurar que haya personas más sanas; mientras que la protección del riesgo financiero evita que las personas sean orilladas a la pobreza. Por lo tanto, la cobertura universal de salud es un componente crítico del desarrollo sostenible y la reducción de la pobreza, y un elemento clave para reducir las inequidades sociales<sup>1</sup>."

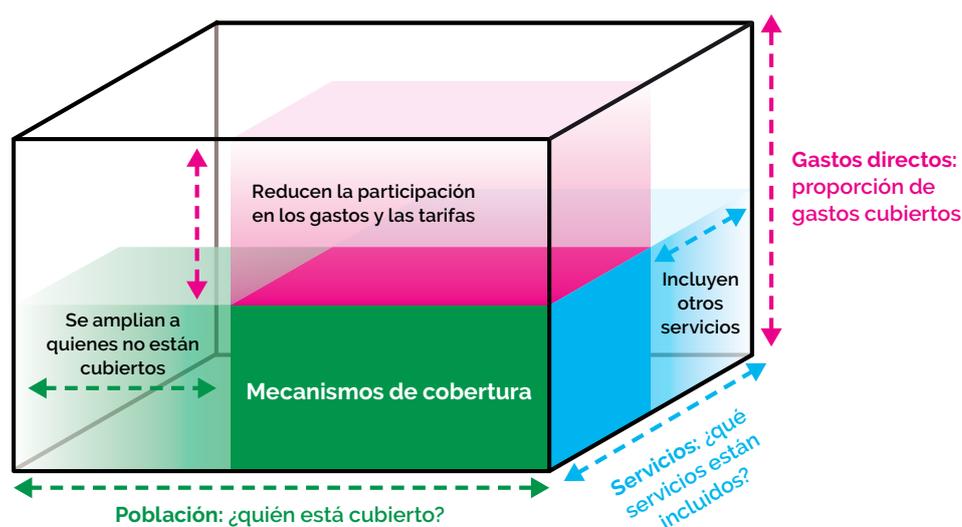
Esta descripción puede parecer sencilla, pero los matices de su interpretación tendrán que ser discutidos en el contexto de cada país. Algunas preguntas serían: ¿qué se entiende por "necesidad"?; ¿quién decide qué se incluye en esa "necesidad" y utilizando qué criterios?; ¿a quiénes debe incluirse en el proceso de formulación de las políticas que abordan dicha "necesidad"? ¿Cómo definimos y medimos el "acceso a" los servicios de salud o la "buena calidad de los servicios de salud"?; ¿y qué umbral debemos usar para determinar el "empobrecimiento" de un hogar determinado?

Para avanzar hacia la cobertura universal de salud, un país debería considerar varias cosas, entre ellas: ¿Quién está cubierto? ¿Qué servicios están cubiertos? ¿Qué proporción del costo debería cubrirse a través de los sistemas de financiamiento mancomunado? Los sistemas mancomunados se tratarán con más detalle en la siguiente sección. El objetivo final de un sistema mancomunado es asegurarse de que ninguna persona soporte individualmente la carga de pagar por sus necesidades de atención médica, y evitarle así privaciones económicas.

Estas dimensiones generalmente se representan en un gráfico en forma de cubo como el que se muestra a continuación:

### Tres dimensiones que se tienen que cubrir para llegar a la cobertura universal en salud

Fuente: Organización Mundial de la Salud



Para comprender el razonamiento sobre la dimensión financiera de la cobertura universal de salud y sus complejidades, es importante saber cómo funciona la dinámica del mercado de la salud.

1. Ver Questions and Answers on Universal Health Coverage

2. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

## DINÁMICA BÁSICA DEL MERCADO SANITARIO

La salud es diferente a cualquier otro producto básico disponible en el mercado. Cuando vamos al supermercado, decidimos comprar alimentos, bebidas o productos de limpieza en función de su precio, el precio de sus alternativas, nuestros ingresos y nuestras preferencias, así como la calidad del producto y su disponibilidad.

### Si nos gustan las naranjas, la cantidad de naranjas que compraremos depende de:

- Qué tan caras son: cuanto mayor sea el precio, compraremos menos y viceversa;
- Cuánto cuestan otras frutas que también nos gustan: entre más baratas sean las peras o los plátanos, compraremos menos naranjas y viceversa;
- Cuál es nuestro presupuesto: cuanto mayor ingreso tengamos, más naranjas compraremos;
- Nuestras preferencias: si nos gustan las naranjas más que cualquier otra fruta, las compraremos incluso si el precio aumenta (hasta cierto límite). La preferencia también está influenciada por "la ley del beneficio decreciente del consumo repetido": si últimamente hemos estado comiendo naranjas con bastante frecuencia, podemos preferir otras frutas;
- Disponibilidad: si no hay naranjas, su precio es irrelevante.

Estas son las características de los productos más comunes (no todos) que consumimos diariamente. La demanda de esos productos variará dependiendo de cómo se modifiquen estos factores, especialmente su precio. En otras palabras, la demanda de esos productos es sensible a su precio, una ley económica llamada "elasticidad de precios".

### Esto no sucede en relación con la demanda de atención médica:

- Aunque el precio de la atención médica aumente, la mayoría de los hogares todavía necesitarán adquirirla: para evitar enfermedades, recuperar la calidad de vida (y poder trabajar, por ejemplo) y salvar la vida de los miembros de la familia.
- Las familias no pueden adquirir fácilmente alternativas efectivas de cuidados de la salud basadas en la evidencia,
- La demanda de atención en salud se ve menos afectada por los ingresos. Las familias tienden a usar sus ingresos, ahorros y activos, incluso si son bajos, para pagar la atención médica que pueda salvar la vida de sus familiares.
- La demanda de atención médica no suele modificarse por el consumo repetido o continuo: depende de cuánto se necesite en cada momento.

Por esta razón la demanda de atención médica se considera menos sensible al precio que en otros productos básicos: los cambios en su precio tienen poco efecto sobre su demanda. En términos económicos, la demanda de atención médica es "inelástica".

### Hay que considerar otros dos factores:

1. Incertidumbre: la demanda de atención de la salud es incierta. La mayoría de las veces no sabemos cuándo necesitaremos atención médica, en qué medida y durante cuánto tiempo. Los médicos pueden proporcionar un pronóstico sólo cuando se diagnostica una enfermedad o se produce un trauma.
2. Información asimétrica: cuando demandamos atención médica, generalmente no sabemos exactamente lo que necesitamos. Es posible que sepamos poco sobre la enfermedad y cómo se debe

3. Para comprender mejor los conceptos económicos básicos que se utilizan aquí (demanda, elasticidad, sustitutos), puede consultar diferentes fuentes en internet, como la Wikipedia en español.

tratar. Confiamos en que los proveedores de atención médica tengan esa experiencia, y confiamos también en su conocimiento y experiencia para tomar las decisiones correctas para nosotros.

Sin embargo, no toda la demanda de salud es igualmente inelástica: depende de la existencia y la prevalencia de competidores que ofrecen un servicio o producto en particular, y de la disponibilidad de contar con buenos sustitutos. Por ejemplo, si un medicamento no tiene patente y muchos fabricantes lo ofrecen como genérico, el consumidor será sensible a su aumento de precio porque tiene otras opciones. Lo mismo ocurre con los insumos de salud con buenos sustitutos: un aumento de precio en el ibuprofeno podría llevar a las personas a comprar otros analgésicos como el paracetamol, por ejemplo.

La inelasticidad de los precios de la demanda de atención médica puede afectar a los medicamentos protegidos por patente, los medicamentos genéricos con pocos competidores, los servicios médicos especializados y los servicios básicos de salud en los que otras circunstancias tienen una influencia limitada (por ejemplo, en áreas geográficas donde el número de médicos y otros profesionales de la salud es muy bajo).

### **BRINDAR ATENCIÓN DENTAL A LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH Y A LAS PERSONAS QUE USAN DROGAS<sup>4</sup>**

Los datos de los países de la Región Europea de la OMS<sup>5</sup> muestran que los hogares más pobres tienden a experimentar una menor elasticidad en el precio de demanda de medicamentos que en el de cuidado dental. Podemos interpretar esto como un indicio de que, en esta población, los medicamentos se valoran como salvavidas o como medicamentos que sostienen la calidad de vida, mientras que la atención dental no lo es. Cuando los presupuestos familiares son precarios, se prefiere el sustituto a la atención dental completa (acceder solo a los controles dentales básicos o incluso a nada).

Numerosos sistemas avanzados de salud pública no incluyen la atención dental en su paquete básico de servicios, o solo para ciertas poblaciones (niños) o para servicios muy básicos (extracción de dientes infectados). Este es precisamente el caso que afecta a las poblaciones más pobres o más propensas a presentar problemas de salud bucal, como las personas que usan drogas y las personas que viven con el VIH<sup>6</sup> (ya que varios estudios han demostrado que las personas que viven con el VIH tienen un mayor riesgo de múltiples problemas de salud dental).

Cuando las familias están dispuestas a pagar por la atención médica, incluso si ello significa que se les orilla a la pobreza, se le llama "gasto catastrófico en salud". Sin embargo, si un hogar se queda sin ingresos o activos, o si considera que el precio es demasiado alto en relación a los beneficios potenciales, no invertirán en la compra de la atención médica y sus necesidades de salud permanecerán insatisfechas.

### **¿POR QUÉ NECESITAMOS SISTEMAS DE FINANCIAMIENTO MANCOMUNADO?**

Una forma de evitar incurrir en gastos catastróficos en salud o dejar sin satisfacer una necesidad de salud es participando en un mecanismo de financiamiento mancomunado). En este sistema, los participantes proporcionan dinero a una cuenta centralizada durante un período fijo: por ejemplo, 100 USD por mes. Ese dinero lo resguarda alguien a quien se designa como asegurador para que lo use en la compra de atención médica cuando uno de los participantes de la agrupación lo necesita. Los aseguradores pueden ser públicos o privados.

4. Los ejemplos descritos en los recuadros se extrapolan de ejemplos reales para discutir posibles escenarios relacionados con el VIH, aunque algunos de los argumentos pueden estar respaldados por referencias específicas.

5. Cerezo, J. WHO Barcelona Office for Health Systems Strengthening, based on Universal health coverage: financial protection country reviews.

6. Ver [www.who.int/oral\\_health/action/communicable/en/](http://www.who.int/oral_health/action/communicable/en/)

Los mecanismos de financiación mancomunada son una forma de lidiar con la incertidumbre de las necesidades de atención médica (cuándo, qué tipo, durante cuánto tiempo) y con la capacidad limitada de los hogares para hacer frente a los altos costos de salud en un corto periodo de tiempo.

En los mecanismos de financiación mancomunada, el derecho a recibir atención médica no está vinculado a las contribuciones monetarias del participante. El participante tampoco puede decidir en qué condiciones se le debe proporcionar dicha atención médica: esto lo decide el asegurador en nombre de todos los participantes mancomunados.

#### Los mecanismos de mancomunación suelen ser de tres tipos:

- Mecanismos obligatorios públicos generalizados.
- Mecanismos voluntarios privados.
- Mecanismos públicos o privados vinculados a la situación laboral.

### Mecanismos obligatorios públicos generalizados

En los mecanismos obligatorios públicos generalizados, el asegurador es un organismo público que recauda las contribuciones de los participantes, independientemente de su voluntad de hacerlo. La recaudación generalmente se realiza a través de impuestos o gravámenes (sobre ingresos, ventas, beneficios corporativos o consumo de productos específicos como combustible, alcohol o tabaco). Esos impuestos son obligatorios en el sentido de que el contribuyente no puede negarse a pagarlos o enfrentará consecuencias legales si no lo hace. Esto es clave para la sostenibilidad del sistema: si se hace voluntario, las personas más jóvenes y sanas pueden optar por no contribuir por el momento, mientras que las personas mayores y menos sanas requerirán mayores servicios de salud, lo que llevaría a un colapso económico del sistema.

El principal desafío con estos mecanismos obligatorios de financiación conjunta se da cuando una gran parte de la actividad económica es informal o la autoridad pública no puede cobrar impuestos suficientes debido a, por ejemplo, ventas no declaradas, trabajadores sin contratos legales u ocultamiento de beneficios corporativos. En tales circunstancias, quienes sí contribuyen pueden sentirse tratados de manera desigual.

#### ¿PUEDEN LOS INGRESOS DEL TRABAJO SEXUAL CONTRIBUIR AL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD?

Una forma de garantizar que los mecanismos públicos obligatorios de atención de salud estén bien financiados es mediante la ampliación del espacio fiscal de un país<sup>7</sup>. Esto se puede lograr si los segmentos más grandes de la actividad económica informal ingresan al área regulada y comienzan a contribuir significativamente a los presupuestos públicos. Sin embargo, es posible que algunos ciudadanos no puedan ver beneficios al contribuir con estos mecanismos porque su actividad económica está prohibida o no está regulada.

El trabajo sexual es uno de los muchos ejemplos donde esto puede ocurrir. En los países donde el trabajo sexual no está regulado, es probable que las trabajadoras sexuales no paguen impuestos sobre sus ingresos, no porque no quieran, sino porque no tienen permiso para hacerlo. Esto significa que no pueden contribuir financieramente al sistema de salud a través del impuesto sobre la renta. Al acceder a la atención médica, pueden ser tratadas de manera estigmatizada y discriminatoria debido a su estatus de VIH o su elección de trabajo y quedar excluidas del sistema. Otras pueden pensar que no tienen derecho a acceder a la atención médica porque no contribuyen directamente a su sostenibilidad<sup>8</sup>.

7. El espacio fiscal se define comúnmente como el margen presupuestario que permite a un gobierno proporcionar recursos para fines públicos sin socavar la sostenibilidad fiscal. Según el Fondo Monetario Internacional, existe espacio fiscal si un gobierno puede aumentar el gasto o reducir los impuestos sin poner en peligro el acceso al mercado y sin poner en riesgo la sostenibilidad de la deuda. Ver *What is "fiscal space" and why does it matter?*

8. Las trabajadoras sexuales pueden contribuir al sistema de salud pública a través de los impuestos sobre las ventas (cada vez que compran algo), pero las percepciones sociales de esas contribuciones son menos evidentes que las contribuciones al impuesto sobre la renta.

## Mecanismos voluntarios privados

En los mecanismos voluntarios privados, a diferencia de los sistemas públicos, la participación no es obligatoria. El seguro de salud voluntario (SSV) puede ser ofrecido por compañías con fines de lucro o por una organización comunitaria o basada en la fe sin fines de lucro. En todos estos casos, la persona es libre de decidir si acepta o no la oferta. Normalmente, el SSV implica una obligación legal para que el usuario pague una cierta cantidad periódicamente (llamada "prima"); a cambio, el proveedor ofrecerá servicios de salud para que sean utilizados cuando sea necesario, bajo ciertas condiciones.

### El SSV con fines de lucro tiene varias limitaciones:

- Las personas que más necesitan atención médica, o que piensan que la necesitarán (por ejemplo, las personas mayores), tienden a comprar seguros de salud, mientras que las personas más sanas y jóvenes no lo hacen, un fenómeno llamado "selección adversa". Ello amenaza la viabilidad del plan del seguro, a menos que se les cobren primas más altas a quienes más lo necesitan o tienen mayor riesgo. Dado que las personas menos saludables tienden a ser más pobres<sup>9</sup>, corren el riesgo de tener que pagar una prima más alta que a su vez representará una proporción mucho mayor de los ingresos familiares que para otros grupos. Esto generalmente lleva a que los usuarios de menores ingresos no contraten un SSV, un fenómeno conocido como "exclusión de mercado". Lo anterior también afecta a los usuarios con condiciones de salud previas a la contratación del seguro y a las que se considera demasiado costosas, por lo que la compañía puede negarse a proporcionar seguro alguno, aunque los usuarios quieran pagar primas altas.

Para abordar la exclusión de personas pobres, ancianas y enfermas en los mercados de SSV, los gobiernos pueden decidir subsidiar el seguro de salud voluntario para ciertos grupos de población, aunque ello no resuelve el problema de la selección adversa<sup>10</sup>.

- Los proveedores de SSV establecen limitaciones al tipo, cantidad, proporción o tiempo cubierto de atención médica, según el valor de la prima pagada. Por ejemplo, pueden proporcionar tratamiento contra el cáncer, pero solo cubren terapias de primera línea, o solo hasta que el gasto haya alcanzado un cierto límite, o solo un porcentaje del costo, o solo durante un periodo de tiempo determinado. Fuera de estas circunstancias, el usuario debe pagar y es excluido de los beneficios del sistema de financiamiento mancomunado.

Los planes de seguro de salud de carácter comunitario son comunes en los países de bajos ingresos. Por lo general, ofrecen un paquete de salud básico a cambio de una tarifa única. Sin embargo, este enfoque solo ha demostrado ser eficaz para facilitar el acceso a la salud y evitar gastos de salud catastróficos en forma limitada porque el usuario todavía debe pagar por los servicios que no están cubiertos, además de que los más pobres y vulnerables que ni siquiera pueden pagar la tarifa única seguirán estando excluidos<sup>11</sup>.

### DIAGNÓSTICO DE VIH Y SEGURO DE SALUD VOLUNTARIO

Si el titular de un SSV tiene diagnóstico de VIH, puede descubrir que las condiciones del seguro que contrató limitan la atención médica que puede recibir: por ejemplo, que el SSV solo incluye ciertos medicamentos contra el VIH que son menos costosos y no otros; que el número de pruebas de monitoreo (CD4 y CV) se limita a una vez al año; que la terapia para ciertas infecciones oportunistas está excluida; que el periodo de cobertura es limitado; que solo un porcentaje del costo de los servicios y medicamentos son financiados; o que las necesidades de salud resultantes del VIH no estén cubiertas en absoluto. O el asegurador puede decirle que su prima ha aumentado significativamente, precisamente cuando un diagnóstico de VIH podría llevar a una reducción de sus ingresos debido a la pérdida de su trabajo o a tener que lidiar con el estigma y la discriminación asociados.

9. Ver "Chronic Diseases and Poverty"

10. La Ley de Asistencia Asequible de los Estados Unidos u "Obamacare" trató de resolver ese problema al exigir que todos los ciudadanos de los EE. UU. tengan un SSV o de lo contrario se arriesguen a una sanción. Se ha demostrado que esta política ha tenido un efecto limitado en el aumento del número de jóvenes saludables que compran un seguro en los EE. UU., ya que el costo de la multa es mucho menor que el de las primas en aumento.

11. Ver "Characteristics of community-based health insurance (CBHI) schemes"

## Mecanismos privados o públicos vinculados a la situación laboral

En muchos países existen mecanismos mancomunados para financiar la atención médica vinculada a la situación laboral. Ocasionalmente, el mecanismo es voluntario: el empleado recibe una cantidad destinada a comprar el seguro de salud de su preferencia. En tales circunstancias, ocurrirán los mismos desafíos que con el SSV general. Sin embargo, la mayoría de las veces, esos mecanismos son obligatorios: tanto al empleador como al empleado se les deduce una cantidad de sus prestaciones o salarios, misma que se utiliza para financiar la atención médica a la que tienen derecho. Estos mecanismos de seguro pueden ser privados o públicos, pero incluso cuando son públicos, restringen el acceso solo a quienes participan en el esquema y a sus familias. Cuando el individuo pierde su trabajo, ellos y su familia dejan de tener derecho a esta atención médica.

## En el terreno, coexisten diferentes mecanismos de financiación conjunta

En muchos países de ingresos bajos y medios, los tres mecanismos mancomunados coexisten. Por ejemplo, en los países donde prevalecen los mecanismos vinculados a la situación laboral, es habitual que el gobierno cree sistemas paralelos de atención médica financiados con fondos públicos para quienes están desempleados, trabajan de manera informal o trabajan en el sector público (si no están cubiertos por un régimen de seguro específico). Además, los individuos más ricos pueden comprar SSV para complementar las opciones existentes.

El principal desafío en esta coexistencia consiste en garantizar la calidad de los servicios provistos con financiamiento público. Si la atención sanitaria financiada con fondos públicos solo la utilizan personas de bajos ingresos que contribuyen con poco o nada, tenderá a contar con menores recursos, lo que dará lugar a menos opciones de tratamiento, peor equipo e infraestructura, o mayor tiempo de espera. También puede significar personal sanitario menos remunerado, menos calificado o con mayores tasas de ausentismo si trabajan simultáneamente en el sector privado<sup>12</sup>.

### ASEGURAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD PARA MUJERES TRANSGÉNERO

La calidad de la salud no solo se ve afectada por factores financieros<sup>13</sup>. Los niveles de expectativa con respecto a la calidad de los servicios también afectan la respuesta del sistema: a menor expectativa, menor presión para brindar servicios de calidad. Cuando los servicios de salud se separan de acuerdo con la contribución monetaria directa (accesible a través del SSV o de un seguro vinculado a la situación laboral) y la contribución monetaria no directa (accesible a través de subsidios públicos), las expectativas de los pacientes son diferentes.

En algunos países, las mujeres transgénero están excluidas del mercado laboral formal y de los mercados de los SSV. En su lugar, utilizan los servicios públicos subsidiados donde se enfrentan al estigma, la discriminación y el abuso verbal. Su capacidad para influir y mejorar la calidad de esos servicios está limitada por su reducido capital social y político, así como por las bajas expectativas que tienen de los servicios. Por temor a un trato degradante, tienden a utilizar los servicios solo cuando es absolutamente necesario, lo que a su vez reduce su capacidad para exigir mejoras.

12. Ver The Mixed Health Systems Syndrome.

13. Ver Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity para una revisión de los factores más prevalentes y su compleja intersección.

## ¿CUÁNTO DEBERÍAN PAGAR LAS PERSONAS DIRECTAMENTE POR LA ATENCIÓN SANITARIA?

Cuando no existe un mecanismo mancomunado para cubrir el financiamiento de la atención sanitaria, los usuarios deben pagar su costo total en el punto de servicio o cuando adquieren los insumos. De manera similar, cuando el mecanismo mancomunado no cubre el 100% de los servicios de salud, el usuario debe pagar el remanente en el punto de servicio o adquisición. A esto se le conoce como gastos 'de bolsillo'.

Los gastos de bolsillo castigan la economía de las personas más pobres y enfermas. Cuanto más bajos son los ingresos y los activos, mayor es la proporción del gasto familiar que debe dedicarse a la atención sanitaria. Más aun, la proporción del ingreso familiar utilizado será mayor en la medida en que el tratamiento sea más complejo o prolongado, cuando hay concurrencia de múltiples enfermedades, o cuando se requieren medicamentos caros. Como se discutió anteriormente, ello conduce a gastos de salud catastróficos y al empobrecimiento de los hogares<sup>14</sup>.

Existe un consenso internacional sobre la necesidad de reducir los montos por gastos de bolsillo destinados a la salud con el objetivo de aumentar la equidad en el acceso a la atención sanitaria. Pero ¿cuál debería ser el umbral? Las diferentes metodologías de medición, como la utilizada por la OMS y la adoptada por el sistema de indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), ofrecen diferentes interpretaciones del umbral para gastos catastróficos en salud<sup>15</sup>. Esto hace que sea más difícil definir un objetivo claro tanto para el cabildeo como para la formulación de políticas públicas.

¿Debería el umbral ser de cero, lo que significa que no haya gastos de bolsillo en absoluto? ¿Debería ser cero para todo y para todos? Las implicaciones para cada tipo de servicio y producto pueden ser diferentes. Existe evidencia de que las tarifas a los usuarios (gastos de bolsillo en el punto de servicio) son una barrera para acceder a la atención sanitaria, especialmente en entornos de bajos recursos<sup>16</sup>. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en esos entornos, las tarifas a los usuarios no deben eliminarse sin antes fortalecer el sistema de salud. Si no se hace, existe el riesgo de que dichos sistemas se colapsen o reduzcan sustancialmente la calidad. En los países de ingresos medios y altos con mecanismos mancomunados públicos o semipúblicos, la inequidad causada por las tarifas aplicadas a los usuarios depende de su diseño y de la existencia de exenciones o límites (para personas de bajos ingresos o con enfermedades crónicas, por ejemplo)<sup>17</sup>.

En el caso de los insumos de salud, y en particular de los medicamentos, la mayoría de los países han establecido copagos (cantidad fija a pagar al acceder a un servicio asegurado) para muchos de estos, prescritos a través del sistema de atención primaria de salud. Sin embargo, la evidencia muestra que los mecanismos de copago, incluso cuando incluyen exenciones y límites para la mayoría de los grupos marginados, conducen en cualquier caso a un aumento de la inequidad y a un menor uso de medicamentos vitales<sup>18</sup>.

14. Ver Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure

15. Ver Catastrophic health spending in Europe: equity and policy implications of different calculation methods

16. Ver The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence?

17. Ver los informes de países europeos disponibles en Universal health coverage: financial protection country reviews

18. Ver Effect of co-payment policies on initial medication non-adherence according to income: a population-based study

## ¿SE PUEDE OFRECER PREP GRATUITO A LOS HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES?

Muchos países de ingresos medios están considerando incluir la profilaxis pre-exposición (PrEP) como parte del paquete básico de prevención que se ofrece a los hombres que tienen sexo con hombres. Esta tendencia sigue la recomendación de la OMS de que *“a las personas con riesgo importante de infección por VIH se les debe ofrecer la PrEP como una opción de prevención adicional, como parte de la prevención integral”*<sup>19</sup>. Paralelamente, algunos de los hombres más acomodados que tienen relaciones sexuales con hombres en esos países han informado que accedieron a medicamentos PrEP a través de compras privadas, incluso antes de que se adopte la política nacional. Una vez que se incluye la PrEP en las estrategias nacionales contra el VIH, puede ser necesaria una discusión sobre hasta qué punto se ofrece de forma gratuita a todos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que corren un riesgo importante de infección por VIH, o solo a aquellos que no pueden pagarla. Las opciones intermedias pueden incluir establecer porcentajes de subsidios diferenciados según la situación social y financiera del usuario (a partir de un subsidio del 100% para las personas más vulnerables y con menores capacidades para pagar).

## ¿QUIÉN ESTÁ CUBIERTO POR LOS MECANISMOS MANCOMUNADOS Y CÓMO SE PROTEGEN CONTRA LAS DIFICULTADES FINANCIERAS?

Los mecanismos mancomunados pueden proteger contra las dificultades financieras relacionadas con las necesidades de atención médica, al reducir potencialmente el uso de los gastos de bolsillo. Pero no todos los esquemas protegen en la misma medida.

Como se mencionó anteriormente, el SSV solo cubre a quienes participan voluntariamente en sus esquemas, y no necesariamente cubre todas las necesidades de salud o su costo total. Para aumentar el número y tipo de los servicios proporcionados por el SSV, se requerirían importantes subsidios públicos para las personas más enfermas y con los ingresos más bajos, lo que es menos atractivo para los gobiernos. Por otro lado, los seguros vinculados al empleo excluyen a aquellos que están desempleados o que trabajan en el sector informal y requieren el desarrollo de una red de servicios de salud paralelos, financiados con fondos públicos, por lo general con menos recursos, para llenar el vacío.

Por otro lado, el hecho de que el mecanismo mancomunado predominante en un país determinado sea público y obligatorio no significa que cubra a todos. Por ejemplo, muchos países de altos ingresos restringen el acceso a la atención sanitaria a personas sin residencia legal, sea por sus características personales (por ejemplo, se hacen excepciones para niños o mujeres embarazadas) o por sus necesidades de salud (por ejemplo, permitiendo el acceso a atención médica de emergencia)<sup>20</sup>.

Como se mencionó anteriormente, el hecho de que la población esté cubierta por un sistema o un seguro mancomunado no es por sí un indicador de protección financiera contra gastos catastróficos en salud. Medir el porcentaje de los ingresos que una familia emplea en gastos de salud es un mejor indicador. Los países que vinculan el derecho a la atención sanitaria al pago de los usuarios y que carecen de sistemas efectivos de recaudación de impuestos demuestran la brecha que hay entre la cobertura universal y la protección contra la privación económica derivada de las necesidades de atención sanitaria<sup>21</sup>.

Finalmente, está la interrogante siguiente: ¿en qué medida la cobertura universal de salud puede funcionar para reducir efectivamente las privaciones económicas sin mecanismos de protección social? Es posible que las personas con problemas de salud no puedan trabajar, lo que conlleva a privaciones económicas. En muchos países, las personas que no pueden trabajar no reciben ningún apoyo económico o lo que reciben es demasiado bajo para satisfacer sus necesidades básicas. Este problema afecta no solo a la persona enferma, sino a otras personas que dependen de esos ingresos perdidos<sup>22 23</sup>.

19. Ver Pre-exposure prophylaxis

20. Ver Migrants' access to healthcare is restricted across Europe, charity warns.

21. Ver Universal health coverage: financial protection

22. Ver Social Protection and Universal Health Coverage (UHC)

23. Ser afectado por la tuberculosis es uno de los ejemplos clásicos de la necesidad de mecanismos de protección social para hacer efectiva la cobertura universal de salud. Ver Beyond UHC: Monitoring Health and Social Protection Coverage in the Context of Tuberculosis Care and Prevention

## ¿QUÉ CUBREN LOS MECANISMOS MANCOMUNADOS Y CÓMO LO HACEN?

Como se mencionó anteriormente, la OMS afirma que la cobertura universal de salud significa que *"todas las personas tienen acceso a los servicios de salud que necesitan (prevención, promoción, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos)"*.

Pero, ¿quién decide qué servicios se necesitan para una persona en particular y cómo lo decide? En el caso de los mecanismos mancomunados privados, estos generalmente se definen en el contrato entre el asegurador y el asegurado. En el caso de los sistemas públicos, en principio la decisión la toman las autoridades sanitarias nacionales. En teoría, las autoridades son responsables de decidir qué tratamiento para una enfermedad en particular o qué servicios para un grupo de población específico serán cubiertos por el sistema público (y bajo qué condiciones), con los recursos disponibles. En la práctica, los servicios de salud que se ofrecen en muchos países de ingresos bajos y medios pueden ser más el resultado de prioridades políticas o intereses creados que una elección basada en la evidencia, en los resultados de salud preferidos o en su costo-efectividad. Avanzar hacia un modelo de cobertura universal de salud integral y sostenible requerirá revisar y racionalizar los servicios de atención médica prestados en una comunidad determinada<sup>24</sup>.

¿Cómo se puede hacer esto? Al decidir qué medicamentos deben ponerse a disposición de sus ciudadanos, los gobiernos y los defensores de la salud pueden consultar la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS<sup>25</sup>, que se actualiza cada dos años. Pero cuando se trata de adoptar un paquete definido de servicios de salud para una enfermedad, categoría de enfermedades o grupo de población, la cosa no es tan simple. La OMS puede tener recomendaciones para las enfermedades prevalentes en términos de prevención, diagnóstico, atención y tratamiento, si es que existen, pero depende de cada gobierno decidir cómo se incorporan esas recomendaciones en las políticas nacionales, normas técnicas, regulaciones y pautas. Más allá de esas recomendaciones, la gama de servicios potenciales tenderá a expandirse cuando haya evidencia disponible sobre su beneficio para los usuarios de la atención médica. Este proceso perpetuo de considerar nuevos servicios ejerce presión sobre la viabilidad financiera del sistema de salud, incluso en países de altos ingresos<sup>26</sup>; los sistemas públicos enfrentan una mayor demanda de atención médica, mientras que los recursos asignados para financiarlos nunca son suficientes.

Una forma de lidiar con el estrés del sistema de salud es priorizando la disponibilidad de estos nuevos servicios de salud. Dado que no todos los servicios brindan los mismos beneficios y los recursos para ejecutarlos siempre son limitados, los países deben decidir qué intervenciones son lo primero y cuáles pueden esperar. Esto se puede hacer agregando simplemente nuevos servicios a los que ya existen, o definiendo un Paquete Esencial de Servicios de Salud para cada enfermedad o grupo de población que actualizará o reemplazará aquellos que se ofrecieron anteriormente. De cualquier manera, la decisión de modificar o ampliar los servicios o de adoptar un paquete de servicios definido se toma generalmente de una de las tres maneras siguientes:

1. Arbitrariamente: las autoridades nacionales de salud deciden qué servicios se ponen a disposición sin utilizar un procedimiento estandarizado;
2. Según la costo-efectividad: las prioridades se establecen de acuerdo con análisis de costo-efectividad de las intervenciones, ya sea utilizando referencias<sup>27</sup> internacionales o realizando análisis específicos en un contexto particular (o una combinación de ambos);
3. A través de un proceso participativo: la lista de servicios cubiertos se define luego de consultar con las partes interesadas<sup>28</sup>.

Cualquiera de los tres enfoques puede resultar problemático. La decisión arbitraria sobre qué servicios de salud son cubiertos puede llevar a un aumento del gasto, pero no a mejores resultados de salud. El uso exclusivo del análisis de costo-efectividad para priorizar los servicios de salud, aparte de las

24. Ver Universal Health Coverage and Essential Packages of Care

25. Ver WHO Model Lists of Essential Medicines

26. Ver Defining a Health Benefits Package: What Are the Necessary Processes?

28. Este método es uno de los pilares de incidencia del Civil Society Engagement Mechanism for UHC2030 (CSEM)

controversias metodológicas que le son inherentes<sup>29</sup>, puede no tener en cuenta otros principios relevantes, como la equidad o las preferencias sociales. Finalmente, los procesos participativos pueden terminar con una priorización de los servicios en función del nivel de influencia política de actores específicos, independientemente de su costo-efectividad o su impacto en la equidad.

## ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

La meta de Desarrollo Sostenible para la CUS (la número 3.8) exige al mundo *"Lograr una cobertura de salud universal, incluida la protección frente a riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, efectivos, de calidad y asequibles para todos"*<sup>30</sup>.

El "acceso a servicios de salud de calidad" es un gradiente que comienza desde la disponibilidad, seguido por la accesibilidad, la aceptabilidad, la utilización y, finalmente, la calidad<sup>31</sup>. Cada uno de esos elementos requiere acciones específicas como parte de una política integral de la CUS. Pero el indicador final del acceso efectivo a servicios de salud de calidad y del uso más eficiente de los limitados recursos disponibles es la mejora en los resultados de salud de la población.

Esto es vital en países donde los sistemas nacionales de salud hacen una distinción entre el titular de los servicios de salud y el proveedor de dichos servicios. Por ejemplo, en un sistema de salud predominantemente público, las autoridades públicas (gobiernos nacionales, regionales o locales) son los titulares del servicio, pero no necesariamente los proveedores. Incluso cuando el proveedor es también una entidad pública, por lo general está funcional y administrativamente separado del titular del servicio público. Mediante este acuerdo, el titular del servicio de salud pública puede contratar los servicios de un proveedor determinado (público, privado con fines de lucro o privado sin fines de lucro, de carácter religioso, o basado en la comunidad) de acuerdo con sus necesidades y la relación calidad-precio de los servicios que ofrece el proveedor en un proceso competitivo. Si bien la inclusión de proveedores con fines de lucro en los sistemas de salud pública es controvertida y puede requerir una regulación y supervisión sólidas<sup>32</sup>, otros tipos de proveedores también deben ser responsables, no solo en términos de gestión financiera y prestación de calidad del servicio, sino también en términos de resultados de salud alcanzados.

## SERVICIOS COMUNITARIOS DE VIH Y RESULTADOS DE SALUD

Las organizaciones de base comunitaria (OBC) que brindan servicios para el VIH financiados por donantes o fondos nacionales también son proveedores de servicios de salud y, como tales, deben ser responsables de sus resultados. Reciben fondos para brindar servicios que conducirán a mejores resultados de salud. Pero esto no es siempre el caso. En algunos países, las pruebas de VIH que se ofrecen a las comunidades marginadas a través de actividades de alcance dirigidas por la comunidad han generado rendimientos de positividad más bajos (el número de nuevos casos de VIH positivos detectados en comparación con el número total de pruebas de VIH realizadas) que los que se ofrecen a través de centros de detección públicos y fijos. Las actividades de alcance tradicionales implementadas por los pares de comunidades marginadas suelen agotar la capacidad de alcance una vez que se alcanza el tercer nivel de conexiones personales (el amigo del amigo de mi amigo). De hecho, es posible que algunas comunidades prefieran servicios de detección en sitios fijos y discretos, amigables y con horarios de atención vespertinos a realizarse la prueba mediante las actividades de alcance, donde no están seguros de que se respeta la confidencialidad. Se necesitan enfoques innovadores para el diseño de modelos de servicios adaptados a las comunidades marginalizadas.

29. Ver Cost effectiveness analysis in health care: contraindications

30. Ver SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages

31. Ver Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage

32. Ver Does Ownership Matter? An Overview of Systematic Reviews of the Performance of Private For-Profit, Private Not-For-Profit and Public Healthcare Providers

33. Basado en informes confidenciales que el autor ha producido como evaluador del programa de VIH.

Otra área de discusión es la esencialidad de los servicios. Para muchas enfermedades prevalentes en países de ingresos bajos y medios, incluido el VIH<sup>34</sup>, la OMS recomienda qué paquete básico de servicios y productos debe estar disponible para una afección específica. Pero todos los sistemas nacionales de salud, incluidos los de países de altos ingresos, experimentan una tensión entre los recursos disponibles y los requisitos de cobertura de atención sanitaria. Los gerentes tienen la responsabilidad de asignar los limitados recursos disponibles. Lo hacen a través de los componentes del sistema de salud, donde los criterios relacionados con la carga de la enfermedad y la eficacia en función de los costos de las intervenciones de salud pueden desempeñar un papel, pero no son las únicas consideraciones. Otros elementos pueden influir en esa decisión, incluidos los intereses personales, las inercias del sistema, las prioridades políticas, las preferencias de los donantes o la influencia de diferentes partes interesadas, incluidos los defensores de los pacientes<sup>35</sup>.

## EL FINANCIAMIENTO DEL VIH EN EL CONTEXTO DE LA TRANSICIÓN A LA FINANCIACIÓN NACIONAL

A nivel mundial, el VIH aún recibe la mayor proporción de apoyo financiero por parte de la Ayuda para el Desarrollo dedicada a la salud. Sin embargo, a medida que muchos países pasan del estado de ingresos bajos a medios, la proporción de las Respuestas Nacionales al SIDA que son financiadas con fondos nacionales aumenta, no sin algunos desafíos<sup>36</sup>. Los gobiernos de los países en transición tienen que destinar fondos a múltiples desafíos de salud que afectan a una población cada vez más envejecida. En este nuevo escenario, el poder último ya no reside en los donantes sino en la clase media emergente local, que son contribuyentes principales al presupuesto nacional. Entre ellos, está ganando apoyo la idea de que otros problemas de salud crecientes, como las enfermedades no transmisibles, deben ser la prioridad.

La realidad es que en muchos de estos países, la carga del VIH es menor que para otras condiciones de salud<sup>37</sup>. En este contexto, las estrategias tradicionales que requieren una respuesta nacional vertical al SIDA ya no tienen eco en la opinión pública. El movimiento hacia la cobertura universal de salud es una gran oportunidad para garantizar sistemas nacionales de salud con recursos suficientes. Sin embargo, el desafío será garantizar que estos sistemas atiendan las necesidades de las personas más afectadas por el VIH, incluidas las comunidades marginadas.

### ACERCA DE FRONTLINE AIDS

Frontline AIDS quiere un futuro libre de SIDA para todos, en todas partes. En todo el mundo, a millones de personas se les niega la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención al VIH simplemente por quiénes son y dónde viven.

Como resultado, casi 2 millones de personas contrajeron el VIH en 2017 y casi 1 millón murieron de enfermedades relacionadas con el SIDA.

Junto a los socios de Frontline AIDS, trabajamos para crear un futuro libre de SIDA, innovando y rompiendo las barreras sociales, políticas y legales que enfrentan las personas marginadas.

### AGRADECIMIENTOS:

**Contenido original:** Joan Tallada, Consultor independiente

**Con contribuciones de:** Ruth Ayarza, Alexandra Rolland, Sebastian Rowlands, Aditi Sharma

**Edición al inglés:** Juliet Heller

**Diseño:** Garry Robson

**Traducción al castellano:** Juan Jacobo Hernández.

Gracias al apoyo de 

**Frontline AIDS**  
91-101 Davigdor Road  
Hove, East Sussex  
BN3 1RE  
United Kingdom

Registered charity number  
1038860

[www.frontlineaids.org](http://www.frontlineaids.org)

**Tel:** +44 1273 718 900  
**Fax:** + 44 1273 718 901  
**Email:** [mail@frontlineaids.org](mailto:mail@frontlineaids.org)

34. Ver Guidelines and policy briefs on HIV

35. Para ver una ilustración de la complejidad de la toma de decisiones sobre la asignación del presupuesto de salud y el papel que desempeñan las diferentes partes interesadas en un país de altos ingresos (Reino Unido), consulte la Película documental "The Price of Life". 36. Ver Financing Global Health 2017: Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda

37. Ver the database Global Burden of Disease Compare