

**Gasto de bolsillo en salud en América Latina (1995-2013):
Evolución e implicaciones de políticas**

**Trabajo de Incorporación como Miembro Correspondiente Nacional
Puesto 39 de la Academia Nacional de Medicina**

Marino J. González R.

**Ph.D. en Asuntos Públicos e Internacionales, Graduate School of Public and International
Affairs, Universidad de Pittsburgh, Estados Unidos.**

Magister en Ciencia Política, Universidad Simón Bolívar.

Especialista en Políticas Públicas, Universidad de Colorado, Boulder, Estados Unidos.

Curso Medio de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela.

Médico, Universidad Central de Venezuela.

Caracas, julio de 2016

Resumen

Objetivo: El trabajo analiza las variaciones que ha experimentado el gasto de bolsillo en los países de América Latina con el propósito de examinar los avances en la reducción, así como proponer las pautas de política que se deberán considerar en los próximos años. Dados los objetivos de la Cobertura Universal de Salud para el año 2030, la reducción del gasto de bolsillo en salud tiene especial relevancia. Hasta ahora no existen referencias de estudios similares en la literatura internacional

Métodos: Se utilizó la base de datos de financiamiento de salud de la OMS. Para cada uno de los 20 países de América Latina incluidos en el estudio, se sistematizaron los indicadores disponibles de gasto en salud entre 1995 y 2013. Luego se construyó una base de datos agregada. Se analizó fundamentalmente la evolución del gasto en salud como proporción del PIB, el gasto per cápita expresado en medidas de poder de compra comparado, y el porcentaje de gasto de bolsillo sobre el gasto total de salud.

Resultados: El gasto promedio en salud en los países de América Latina, como proporción del PIB, aumentó de 6,17% a 7,46 en el período considerado. Esta proporción es superior a la de los países de ingreso mediano alto, y 2% menor a la de los países de alto ingreso. Se constató que países de la Región tienen un gasto en salud cercano al 10% del PIB. El gasto per cápita (en dólares PPP) aumentó de 362 dólares a 910 dólares en el período analizado. Este gasto es superior también al de los países de ingreso mediano alto y representa la quinta parte del gasto per cápita de los países de ingreso alto. El promedio del gasto de bolsillo se ha reducido de 40,36% en 1995 a 33% en 2013. Esta proporción representa el doble de la de países de alto ingreso. En 2013, en 18 países de la Región, el gasto de bolsillo es superior al promedio de los países de ingreso alto.

Conclusiones: Dado que la Cobertura Universal de Salud todavía no se ha alcanzado en ninguno de los países de la Región, es fundamental diseñar y e implementar políticas que permitan alcanzar la meta en 2030, tal como se ha aprobado en los Objetivos de Desarrollo Sustentable. Para ello será indispensable reducir el gasto de bolsillo, especialmente por sus efectos en el gasto catastrófico y en el empobrecimiento de las personas y familias. El trabajo presenta las magnitudes de las brechas y las características que deben incluir las políticas para fortalecer el financiamiento público en la Región.

Palabras clave: Gasto de bolsillo, Cobertura Universal de Salud, Política de Salud, América Latina

Summary

Objective: The paper analyzes the variations experienced in out-of-pocket health expenditure in Latin American countries, in order to review progress in reducing it and propose policy guidelines that should be considered in the coming years. Given the objectives of the Universal Health Coverage by 2030, reducing out of pocket health expenditure is especially relevant. So far there are no references to similar studies in the international literature.

Methods: The study utilized the database of health financing elaborated by the WHO. For each of the 20 Latin American countries included in the study, available indicators of health expenditure between 1995 and 2013 were included in an aggregated database for the complete set of countries. The analysis includes the evolution of health expenditure as a proportion of GDP, per capita health expenditure expressed in purchasing power parity, and the percentage of out of pocket health expenditure on total health expenditure.

Results: The average health expenditure in Latin America, as a proportion of GDP, increased from 6.17% to 7.46 in the period. This ratio is higher than that of the upper middle-income countries, and 2% lower than in high-income countries. It was found that a few countries in the Region have a nearby health expenditure to 10% of GDP. The per capita health expenditure (in PPP dollars) increased from \$ 362 to \$ 910 in the period. This per capita health expenditure is also higher than that of upper middle-income countries and represents a fifth of the per capita health expenditure of high-income countries. The average out of pocket health expenditure has been reduced from 40.36% in 1995 to 33% in 2013. This proportion is twice that of high-income countries. In 2013, in 18 countries in the Region, out of pocket health expenditure is higher than the average in high-income countries.

Conclusions: Since the Universal Health Coverage has not yet been achieved in any of the countries of the region, it is crucial to design and implement policies to achieve the goal by 2030, as approved in the Sustainable Development Goals. And this requires reducing out of pocket health expenditure, especially for its effects on the catastrophic expenditure and impoverishment of individuals and families. The paper presents the magnitudes of the gaps and characteristics that should be taken into account in the development of policies to strengthen public financing in the Region.

Keywords: Out of pocket expenditure, Universal Health Coverage, Health Policy, Latin America

Conflicto de intereses: No existe conflicto de intereses.

La garantía de salud para todas las personas se ha convertido en una de las aspiraciones centrales en el mundo. Tal propósito solo será posible si en las próximas décadas se pueden implementar las políticas adecuadas, especialmente para reducir progresivamente la desprotección a la salud que está asociada directamente con la proporción de gasto de bolsillo. En el caso de América Latina la significación del tema cada día está de mayor relieve, dadas las exigencias que ello supone para el funcionamiento adecuado de las economías y de los sistemas de salud.

En este trabajo se analizan las variaciones que ha experimentado el gasto de bolsillo en los países de América Latina con el propósito de examinar los avances en la reducción, así como proponer pautas de política que se deberán considerar en los próximos años. En la sección introductoria se revisan las tendencias recientes en la estrategia de Cobertura Universal de Salud, con especial énfasis en las experimentadas en América Latina en las dos últimas décadas. También se indican los aspectos más significativos de los efectos del gasto de bolsillo en la cobertura y equidad de los sistemas de salud. En la segunda sección se describe la metodología utilizada en el estudio. En las siguientes secciones se presentan los resultados y se discuten las implicaciones de política.

Introducción

La reducción del gasto de bolsillo es un efecto derivado de la aplicación de políticas de salud de manera deliberada. En la actualidad, estas políticas deben estar enmarcadas en los objetivos generales de desarrollo. En los próximos apartados se presentan aspectos resaltantes de estas relaciones.

Cobertura Universal de Salud en la Agenda para el Desarrollo Sostenible

En la Asamblea Mundial 69 de la Organización Mundial de la Salud (mayo de 2016), se aprobó la Resolución WHA69.11 (1) sobre la Salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Esta resolución a su vez confirma la aprobada por las Naciones Unidas en la Asamblea General del año anterior en la cual se adoptó el documento para la adopción de la Agenda de Desarrollo post-2015 (2). En este último documento, las Naciones Unidas reconocen que la erradicación de la pobreza, en todas sus formas y dimensiones, es el reto global más significativo. Dentro de las aspiraciones de este documento se indica un mundo libre de pobreza, hambre, enfermedades, y se propone el respeto universal por los derechos humanos y la dignidad humana, la cual incluye acceso equitativo y universal al cuidado de salud y la protección social.

La Resolución WHA69.11 reafirma el objetivo de asegurar vidas saludables y la promoción del bienestar en todas las edades, así como la importancia de fortalecer los sistemas de salud para alcanzar todas las metas del Desarrollo Sostenible. También esta resolución explicita los compromisos específicos para alcanzar la Cobertura Universal de Salud y el acceso a servicios de calidad, asegurando que nadie sea excluido; la aceleración del progreso en la mortalidad neonatal, infantil y materna; el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar, información y educación; el cese de las epidemias de VIH/SIDA, tuberculosis, malaria; y la aceleración de la lucha contra la hepatitis, Ebola y otras enfermedades infecciosas y epidémicas, incluyendo la resistencia antimicrobiana, así como las enfermedades crónicas, incluyendo los trastornos neurológicos y del desarrollo.

El gran espectro de las acciones que deben realizarse en el sistema de salud para alcanzar los Objetivos del Desarrollo Sostenible, coloca una especial responsabilidad en las políticas que deben implementarse, así como en los recursos que se requieran asignar. De allí que la estrategia para alcanzar la Cobertura Universal de Salud estará cada día más en la agenda de los gobiernos y de las sociedades. Es por ello que la Resolución 69.11 indica las siguientes prioridades que deberán considerar los países: (1) incrementar el rango de acciones amplias en los ámbitos nacionales, regionales y global para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, (2) priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud incluyendo contar con recursos humanos calificados, (3) coordinar esfuerzos en todos los niveles de gobierno para tomar en consideración los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, (4) asignar las inversiones adecuadas y fortalecer la capacidad de generación de recursos nacionales e internacionales para la salud, (5) apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para enfermedades infecciosas y crónicas, (6) fortalecer el intercambio entre las comunidades médica, veterinaria y ambiental con especial atención a las enfermedades emergentes y re-emergentes, y (7) desarrollar procesos transparentes, inclusivos y de calidad para contar con la rendición de cuentas asociada con las políticas nacionales, los planes y las prioridades para monitorear los progresos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Luego de seis años de la publicación del Informe de la Salud Mundial por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2010 (3), y de lo explicitado en la Resolución WHA69.11, es bastante obvio que la concreción de la Cobertura Universal de Salud es mucho más compleja que los enunciados, y que los cambios que deben operarse en los sistemas de salud tiene proporciones inmensas, al menos en los países con mayores restricciones. La estrategia de la Cobertura Universal de Salud, al menos como fue presentada en el Informe Mundial de Salud de 2010, es una continuación de la preocupación también señalada por la OMS en 2000 (4) sobre el desempeño de los sistemas de salud, y en particular sobre las grandes diferencias entre los resultados, muchas veces sin relación directa con los recursos humanos o financieros.

Luego del Informe de la OMS (2010), al año siguiente, se aprobó la Resolución WHA64.9 (5), sobre las estructuras de financiamiento sostenible de la salud y su relación con la Cobertura Universal de Salud. Esta resolución, a la fecha, constituye el marco en el cual se ha construido la normativa subsiguiente en el ámbito internacional.

Dentro de las recomendaciones de la Resolución WHA64.9 para los países se encuentran las siguientes:

1. Asegurar que los sistemas de financiamiento de la salud avancen para reducir de manera significativa los pagos directos en el sitio de servicio, e incluir un método de prepago así como un mecanismo de “risk pooling” para evitar los gastos catastróficos y el empobrecimiento de las personas y las familias.
2. Promover la cobertura universal y el acceso a todos los ciudadanos de manera solidaria, y proveer un adecuado rango de cuidados y servicios de salud y de costos cubiertos, así como amplios servicios de prevención a través del fortalecimiento de procesos de presupuesto equitativos y sostenibles.

3. Continuar la inversión y fortalecimiento de los sistemas de prestación, y en particular en los servicios y cuidados de atención primaria, y los adecuados recursos humanos de salud y de sistemas de información.
4. Asegurar que los fondos externos para intervenciones específicas no trastorquen la atención a las prioridades de atención nacionales, y que dichos fondos implementen los principios de efectividad en la ayuda y contribuyan en la sostenibilidad del financiamiento.
5. Planificar la transición a la cobertura universal, manteniendo la calidad de los servicios y satisfaciendo las necesidades de la población para reducir la pobreza, tomando en consideración el contexto político, macro-económico, epidemiológico, y sociocultural.
6. Fortalecer la colaboración entre proveedores públicos y privados, así como con las organizaciones de financiamiento de la salud, bajo la conducción de gobiernos inclusivos.
7. Asegurar que la asignación de recursos logre una adecuada combinación entre promoción de la salud, prevención de enfermedades, rehabilitación y provisión de cuidados de salud.
8. Fortalecer la capacidad institucional para generar las evidencias en el nivel nacional y los efectivos procesos de decisiones basados en evidencias para diseñar sistemas de cobertura universal.

El impulso recibido por parte de las instituciones internacionales, especialmente la OMS y otros organismos de cooperación como el Banco Mundial, ha significado que la estrategia de Cobertura Universal de Salud ha tenido mayor relieve en las decisiones que afectan la marcha de los sistemas de salud. Especial relevancia ha adquirido la necesidad de avanzar en la formación de recursos humanos, la evaluación de tecnologías de salud y el fortalecimiento de las funciones de salud pública (6-8).

A pesar de este nuevo énfasis, es también evidente que existe una gran heterogeneidad en el desempeño de los sistemas de salud. La comparación especialmente en término de indicadores de mortalidad, indica las grandes variaciones que existen de manera significativa en los países de ingreso mediano y bajo. Si a ello agregamos las diferencias en el acceso que se encuentran dentro de los países, sea por los ingresos de las familias, o las condiciones laborales o sociales, es evidente que alcanzar la Cobertura Universal de Salud puede convertirse en un desafío de la mayor complejidad para muchos sistemas de salud en el mundo.

Al menos dos etapas deben cumplirse en esa dirección. En primer lugar, es necesario establecer el punto de llegada. Es decir, apuntar a una meta que sea lo suficientemente atractiva y obligante, que permita orientar acciones y posibilidades. Dado que el énfasis se coloca en la atención de todas las personas, en todos los contextos, es conveniente garantizar la integralidad. Esta posibilidad ha sido facilitada por la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030 (9). Esto facilita un período relativamente manejable para la planificación y ayuda a ordenar las acciones requeridas. Para el año 2030 se debe garantizar en todos los países al menos el 80% de la cobertura de servicios, sin ningún tipo de discriminación (9). Y al mismo

tiempo se deberá garantizar que el 100% de las personas tengan protección financiera de los servicios de salud, es decir que no sufran empobrecimiento o gastos significativos por esta causa (9). La adopción de esta meta en los ámbitos de los países permite establecer el plan de acciones para llegar a ella.

La segunda etapa es determinar el punto en que cada país se encuentra con respecto a la meta. Ya no se trata de un indicador, o varios indicadores, como es el caso de la tasa de mortalidad infantil o de la razón de mortalidad materna dentro de las Metas del Milenio. En estos ejemplos basta identificar la medición base para cada uno y establecer la ruta deseable para alcanzar la meta.

Cuando se trata de la Cobertura Universal de Salud, se incorpora una mayor complejidad en la medición. En primer lugar, está la determinación de lo que se entiende por Cobertura Universal de Salud, esto es, los tipos de servicios incluidos, la frecuencia de la prestación, los más adecuados de acuerdo con las características epidemiológicas del país en cuestión, entre otras consideraciones. Especialmente porque el concepto incluye la prestación de los servicios en todas las áreas: desde la promoción y la prevención, hasta el tratamiento y la rehabilitación, y los cuidados paliativos. Y estas actividades deben ser consideradas en dos perspectivas: (1) el acceso, y (2) la calidad en la prestación.

En segundo lugar, se encuentra la consideración de los métodos que permitan realizar las mediciones adecuadas de la evolución en el aumento de la cobertura de salud. Estos métodos incluyen desde los registros administrativos en sus diversas manifestaciones, hasta los más sofisticados como los que exploran las opiniones de los ciudadanos y el registro de consultas, así como la utilización de encuestas regulares para acceso a servicios, percepciones de calidad, morbilidad, y preferencias de atención, entre otros aspectos.

De manera que la exploración sobre la situación en que se encuentra cada país con respecto a la Cobertura Universal de Salud se convierte en una referencia de especial valor para el diseño e implementación de políticas públicas. En este trabajo nos concentraremos en los países de América Latina con el propósito de revisar los avances y limitaciones que ellos presentan con respecto a la Cobertura Universal de Salud. La Región ofrece muchas modalidades en la organización de sistemas de salud, de forma que el análisis de las ventajas y restricciones de cada uno de ellos ofrece aportes para las lecciones que pueden ser de utilidad en cada caso.

Cobertura Universal de Salud en América Latina

Alcanzar la Cobertura Universal de Salud en América Latina en los próximos tres lustros requerirá inmensas transformaciones en todos los frentes, especialmente dadas las restricciones en la prosperidad de la economías, lo cual se ha hecho más patente en los últimos años. De manera que todo esfuerzo que se realice para encontrar alternativas para alcanzar ese objetivo puede ser de utilidad.

Las reformas de los sistemas de salud de la Región han sido incesantes desde hace más de 20 años. Las demandas para lograr la incorporación de la población a la prestación de servicios, así como la utilización adecuada de los recursos, confluyeron en la búsqueda de alternativas, que se han ido implementando a todo lo ancho y largo de la Región.

En 1995 se celebró en Washington la Reunión de Reforma de la Salud, auspiciada por los gobiernos de América Latina y el Caribe, con el apoyo de múltiples organismos internacionales. Para ese momento (10), en muchos países los procesos de reforma habían explicitado los objetivos de equidad y eficiencia. También se constataba que eran procesos amplios, que abarcaban múltiples áreas tanto del financiamiento como de la prestación y organización de los sistemas de salud. También se podía evidenciar, al menos en la experiencia concreta de algunos países, tendencias que podían afectar la equidad, especialmente por el aumento de las fuentes privadas de financiamiento. De allí que fuera evidente tratar de contrarrestar estas tendencias a través de las políticas públicas más adecuadas. A finales de la década de los noventa había indicios que al menos 8 países de América Latina y el Caribe había reducido la proporción del financiamiento público (11). Luego de más de dos décadas de la implementación de estos procesos, es conveniente examinar, en perspectiva de la estrategia de Cobertura Universal de Salud, los efectos de estos procesos en las condiciones concretas de las poblaciones de los países.

La dificultad para el establecimiento de nivel de cobertura se fundamenta en los requerimientos de información tanto en el ámbito nacional como regional, para realizar las comparaciones. Pocos países cuentan con los mecanismos de monitoreo y evaluación requeridos, y adaptados a las condiciones concretas de cada uno de ellos. Tradicionalmente se ha identificado la Cobertura Universal de Salud con la aprobación de artículos en la Constitución o en leyes. Es evidente que la simple enunciación de una norma no es garantía de efectivo cumplimiento. Más recientemente se ha considerado que la aprobación de los servicios específicos que se deben prestar en los sistemas de salud, también es sinónimo de cobertura real. Como en el primer caso señalado, la norma muchas veces no es compatible con la realidad que viven los ciudadanos.

De manera que la vía más fidedigna para identificar la real cobertura debe incluir la constatación de que los servicios sean efectivamente prestados. Si la población estuviera plenamente cubierta, o si se dispusiera de la información de servicios utilizados por cada persona, sería relativamente sencillo. Para estimar la población cubierta efectivamente, entonces, se requieren métodos que reflejen información de todas las personas, cubiertas y no cubiertas, y es por ello que la utilización de encuestas por muestreo se convierte en una alternativa muy adecuada.

Una reciente publicación (12), presenta el análisis de encuestas de hogares en países de América Latina para establecer el grado de cobertura de salud. Hasta la fecha constituye el mayor esfuerzo metodológico y empírico emprendido con ese objetivo. La investigación operacionalizó el marco de referencia propuesto por la OMS y el Banco Mundial (9, 13). Se utilizaron 112 encuestas por muestreo realizadas en los 20 países de América Latina. Se utilizó la misma metodología de medición para todas las encuestas disponibles de acuerdo con el aspecto que se considerara. Los servicios cubiertos incluyeron tanto los relacionados con atención materno-infantil, como con enfermedades infecciosas y crónicas.

Se tomaron en cuenta dos dimensiones: cobertura de servicios y protección financiera. En el caso de la cobertura de servicios se incluye prevención y tratamiento. El aspecto de prevención en la cobertura de servicios incluyó los siguientes indicadores: cuatro o más consultas prenatales, inmunización completa de niños, despistaje de cáncer de mama, y despistaje de cáncer de cuello uterino. El aspecto de tratamiento de la cobertura incluyó tres indicadores: atención del parto por personal profesional, tratamiento adecuado para la diarrea infantil, y tratamiento adecuado para infecciones respiratorias. Dado que estos tres servicios no permiten tener una idea completa de la prestación de servicios, se incluyó un indicador de atención general, este es, si la persona había sido admitida al hospital en el año anterior. Con información proveniente de la Encuesta Mundial de Salud se estableció un nivel adecuado con respecto a este último indicador.

En la protección financiera se incluyen dos aspectos: (1) el gasto catastrófico y (2) el gasto de empobrecimiento. El gasto catastrófico se define como el gasto de bolsillo que excede un límite preestablecido de consumo. En el estudio referido (12) se colocó en 25% del consumo total. El gasto de empobrecimiento se define como aquel gasto de bolsillo que ocasiona que el hogar se coloque por debajo del nivel de pobreza (se estimó en 2 dólares por persona día).

En el estudio se reporta la construcción de un índice resumen de logro en la Cobertura Universal de Salud con el cual se realizan las comparaciones entre países. La información fue tomada de 112 encuestas divididas en varios grupos. El primer grupo incluye encuestas de los siguientes tipos: Demographic and Health Survey, Multiple Indicator Cluster Survey, Living Standards Measurement Study, World Health Survey. En este grupo se incluyeron 51 encuestas realizadas en países de América Latina desde 1990. Muchos países no disponen de las encuestas de este grupo, de manera que también se incluyeron las realizadas por las instituciones nacionales de estadística. Las limitaciones de este grupo de encuestas son básicamente dos: (1) no poseen un cuestionario estandarizado, (2) no están disponibles de manera pública. Otras encuestas provienen de estudios especiales y de la estandarización de microdata.

Los resultados de esta investigación (12) indican que la cobertura promedio de atención materno-infantil ha aumentado de 45% a 70% entre 1990 y 2012, distante de la cobertura universal. La cobertura de servicios de despistaje de cáncer ha aumentado apenas 10% en 20 años. En términos de la equidad de cobertura, para las intervenciones de salud materno-infantil y despistaje de cáncer, el 20% más pobre tiene menor acceso a servicios que el 20% de mayores recursos, aunque esta brecha se ha reducido en el tiempo en el caso de salud materno-infantil. Los siguientes países: Brasil, Colombia, República Dominicana, Ecuador, Honduras, México y Uruguay tienen un mejor desempeño en los servicios materno-infantiles. Por otra parte, Brasil, República Dominicana y México han experimentado mayores reducciones de la brecha en cobertura cuando se comparan los quintiles de mayores y menores ingresos. Al analizar el despistaje de cáncer, Brasil, Colombia, México y Uruguay tienen un mejor desempeño. En este caso, Colombia y México tienen las brechas más pequeñas cuando se comparan los quintiles de ingresos.

Al analizar la protección financiera, ningún país ha eliminado los efectos perniciosos del gasto de bolsillo. Sin embargo, se constata que la tendencia es hacia la reducción. El empobrecimiento por razón de los gastos en salud descendió de 1,2% en 1992 a 1% en 2012 (en un total de 14 países con encuestas disponibles). El gasto catastrófico disminuyó de 3,5% a

2,5% en el mismo período. A pesar de los bajos porcentajes, se indica que la población afectada por gasto catastrófico en los 14 países es de 16 millones de personas. Algunos países, como Costa Rica, tienen menor población empobrecida por el gasto en salud (0,2%) cuando se compara con República Dominicana (5%).

Tal como se aprecia en la Tabla 1, dos países han alcanzado el índice de 80 en cobertura. Ellos son: Brasil (81) y Colombia (80). Debe destacarse que los años de las últimas mediciones son 2007 en Brasil y 2010 en Colombia. El tercer país es México con un índice de 78 (última medición en 2011). Puede notarse que solo se dispone de datos de 9 países. Y es especialmente llamativo que solo en dos casos (México y Perú), las encuestas de la segunda medición tienen menos de 5 años de realizadas.

Tabla 1. Índice de Cobertura Universal de Salud, países de América Latina seleccionados por disponibilidad de estimación

Países	Primera medición	Año	Segunda medición	Año	Variación entre las dos mediciones (en puntos)
Brasil	81	1998	81	2007	0
Colombia	79	1999	80	2010	1
Ecuador			63	2003	
Guatemala	54	1998	59	2009	5
México	75	1998	78	2011	3
Nicaragua	64	1997	67	2003	3
Paraguay	62	1996	67	2002	5
Perú	49	1996	70	2012	11
Rep. Dominicana	61	1998	68	2010	7

Fuente: Wagstaff et al 2015 (12)

Aunque todos los países han aumentado la cobertura de salud, la ausencia de información regular (encuestas actualizadas) impide realizar el seguimiento más adecuado. Una implicación evidente es que los países deben contar con mecanismos rigurosos de seguimiento, vale decir una encuesta especializada al menos anualmente. Dado que se ha señalado que incluso con programas de aumento de cobertura, el gasto de bolsillo no disminuye de manera proporcional (14), puede resultar de utilidad el análisis de este indicador, especialmente porque está disponible anualmente desde 1995 en la base de datos de financiamiento de la OMS.

El examen de las evidencias disponibles indica que el esfuerzo por contar con sistemas de seguimiento especializado, oportunos y flexibles, para monitorear la implementación de las políticas para alcanzar la Cobertura Universal de Salud, está apenas en sus comienzos. Es por ello que puede ser de utilidad examinar en detalle la información ya disponible sobre el gasto de bolsillo en particular para los países de América Latina.

Gasto de bolsillo: importancia y utilización

La estimación de la magnitud del gasto directo o de bolsillo que hacen las personas o familias para sufragar los servicios de salud, es una medida fundamental para conocer la protección financiera (15). La forma más extendida para obtener esta información es a través de encuestas de hogares. Tal como se señaló anteriormente, la distinción más importante es discriminar el gasto catastrófico y el gesto de empobrecimiento.

El aumento en el gasto de bolsillo, sea como fracción del financiamiento del sistema de salud, o del financiamiento de los hogares, indica mayor desprotección financiera. Sus efectos pueden ser devastadores, sean ellos de corto plazo o crónicos. En la misma proporción del aumento, se reduce el acceso a servicios, tanto en los curativos como preventivos. Los países con menor gasto de bolsillo tienden a contar con mayor financiamiento público en la organización de los sistemas de salud. En Holanda, Francia, Reino Unido, el gasto de bolsillo alcanzó menos del 10% del gasto del sistema de salud en 2011 (16). El promedio del gasto de bolsillo en los países de la OECD en 2011 fue 19,1% (16).

Los países de la OECD enfatizan la utilización de fuentes de financiamiento distintas a las derivadas del pago directo. De esta manera se garantizan de servicios de salud en la cantidad y calidad requeridas para todas las personas. Se ha reportado que el aumento del gasto de bolsillo, tiene un efecto el efecto perverso en la sostenibilidad financiera del sistema (15). De tal forma que el monitoreo del gasto de bolsillo constituye una guía fundamental para conocer la evolución de las políticas de salud y sus efectos en la cobertura.

En los últimos años se han acumulado evidencias a escala global sobre los efectos negativos del gasto de bolsillo en la equidad del sistema de salud. Corrieri et al. 2010 han analizado la experiencia de los países de la OECD (17). Otros casos específicos de países de la OECD son Baji et al. 2012 (Hungría), Sanmartin et al. 2014 (Canadá), Bock et al. 2014 (Alemania) (18-20). De otros países de Europa se puede citar Tomini et al. 2013 (Albania) (21). En Asia Central se puede mencionar Falkingham et al. 2010 (Kyrgyzstan), Schwarz et al. 2013 (Tajikistan) (22,23). En América Latina, Castillo-Laborde & Villalobos 2013 (Chile) (24). En África: Onah & Govender 2014 (Nigeria), Brinda et al. 2014 (Tanzania) (25,26).

Se ha evidenciado que las políticas orientadas al aumento del financiamiento público ocasionan la disminución del efecto negativo del gasto de bolsillo (McIntyre et al. 2013) (27). En México, por ejemplo, Galárraga et al. 2010 y Sosa-Rubí et al. 2011, han señalado los efectos favorables del Seguro Popular en la reducción del gasto de bolsillo (28,29). Igual se ha señalado en Indonesia (Aji et al. 2013) (30). Otros estudios han encontrado que en los sectores de mayor exclusión, los efectos positivos no se han evidenciado, en India, por ejemplo (Karan et al. 2014) (31). De la misma manera en India se ha reportado que los seguros públicos exclusivos para hospitalización no tienen mayor efecto en la disminución del gasto de bolsillo (Shahrawat & Rao 2012) (32). Y finalmente, en Corea del Sur se ha señalado que la aplicación de copagos tiene efectos negativos especialmente en los grupos de menos recursos (Lee & Shaw 2014) (33).

El análisis de los datos de gasto de bolsillo incluidos en fuentes internacionales (como la de la OMS) no ha sido frecuente. No se han encontrado evidencias de su utilización en el caso de

América Latina en PUBMED. La posibilidad de contar con registros por un período prolongado de tiempo, ofrece alternativas para analizar el impacto de las variaciones del gasto de bolsillo en el contexto de América Latina.

Objetivos y metodología

Es evidente que el logro de la Cobertura Universal de Salud, al menos en el contexto de América Latina requiere una transformación sustancial de los sistemas de seguimiento, especialmente los que permiten obtener información de las personas, familias y hogares. Este estudio tiene por objetivo conocer el punto de partida en que se encuentra un indicador fundamental, como es el gasto de bolsillo en salud que se está realizando en los países de la Región. Es muy importante conocer tanto la situación actual, lo más reciente disponible, como la evolución de estos cambios en el mayor período que se pueda cubrir. El conocimiento de estas tendencias es de utilidad para identificar las opciones de políticas más adecuadas, así como los aspectos que requieren mayor investigación.

La metodología aplicada consistió en analizar la base de datos de gastos de salud de la OMS. Esta base de datos contiene información sobre el gasto del gobierno y el gasto privado para todos los países, incluyendo los fondos recibidos desde el exterior. Los datos han sido generados a través del proceso de recolección realizado desde 1999 por la OMS (34). Los datos más amplios y consistentes se han generado a través de las cuentas nacionales que contienen información sobre gasto, organizada de acuerdo con un protocolo internacional (34). Las cuentas nacionales de salud identifican el gasto desde las fuentes de financiamiento a los decisores y luego a las instituciones prestadoras de servicios. Debe señalarse que no todos los países disponen de cuentas nacionales de salud, y no todos las tienen actualizadas. En esos casos, el equipo de la OMS obtiene la información a través de los contactos en los países o de documentos públicos disponibles. Los valores que no están disponibles son estimados dependiendo de la información disponible para cada país (33). Dichos estimados son enviados a los respectivos ministerios de salud para la validación (33).

Para este estudio se utilizaron datos en todo el período disponible, esto es, entre 1995 y 2013 (último año disponible). Se incluyeron 20 países en el estudio, a saber: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.

Para cada uno de ellos se obtuvo una base de datos con todos los indicadores de gasto en salud en el período señalado. Luego se construyó una base de datos para todos los países. La definición de gasto de bolsillo utilizada en la base de datos de la OMS es la siguiente: cualquier pago realizado en los hogares, incluyendo en especie, a cualquier servicio de salud, farmacia, y de terapias u otros bienes y servicios, con el propósito de obtener la restauración o mejoramiento del estado de salud de individuos o grupos. Se considera parte del gasto privado de salud.

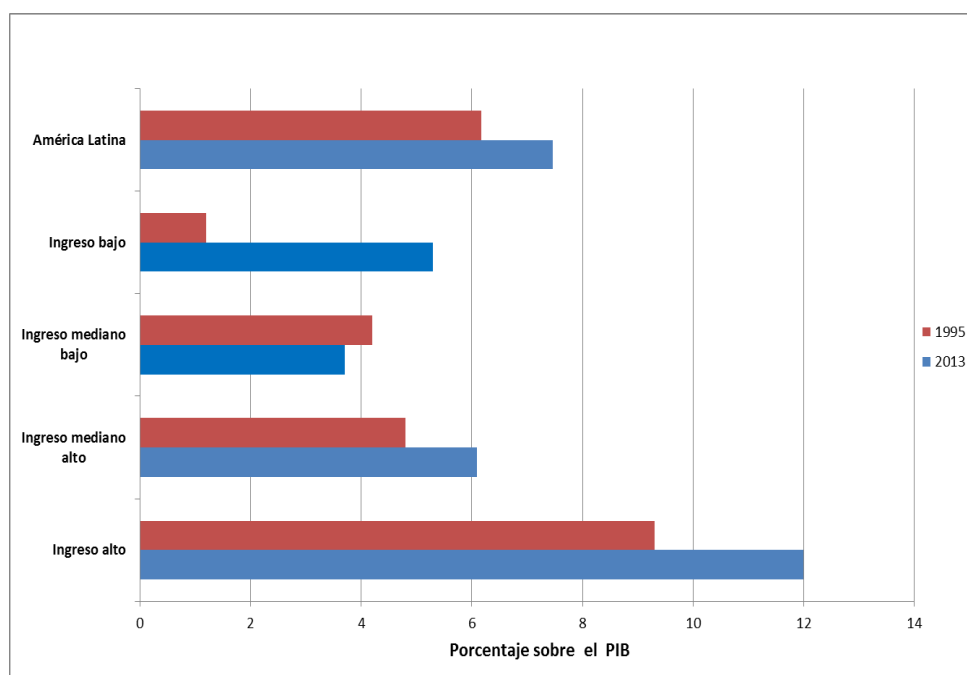
Resultados

La presentación de los resultados de la evolución del gasto en salud en los países de América Latina entre 1995 y 2013, se realizará en dos partes. En primer lugar, se indicará la evolución del gasto en salud tomando en cuenta las relaciones con la actividad económica (PIB) y la asignación de recursos por parte del gobierno. En este aspecto también se incluirán las variaciones per cápita tanto en el gasto total como en el gasto del gobierno central. En segundo lugar, se presentarán los resultados en la variación del gasto de bolsillo.

Variaciones del gasto en salud total

En 1995 el gasto en salud promedio, como proporción del PIB, alcanzó 6,17% en los 20 países de América Latina. Este promedio era superior en casi 2% al de los países de ingreso medio alto, y 3% al de los países de ingreso medio bajo (Gráfico 1). De manera, que al menos desde este criterio, puede señalarse que el gasto en salud en los países de América Latina se acercaba más al de los países de alto ingreso (9,3%), aunque menor cuando se compara con el gasto en salud global (7,4%).

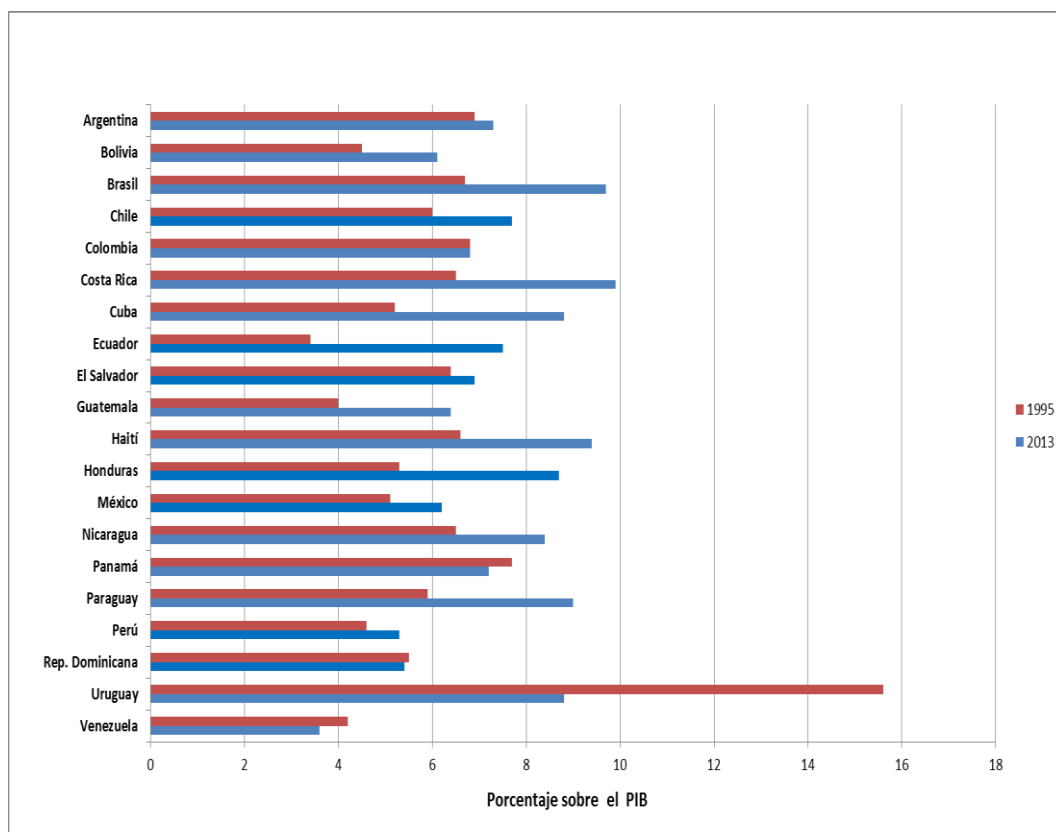
Gráfico 1. América Latina: Gasto de salud como % del PIB comparado con grupos de países según la clasificación de ingreso del Banco Mundial, 1995-2013



Fuente: OMS, cálculos propios

Las diferencias del gasto en salud para 1995 son, sin embargo, significativas (Gráfico 2). En un extremo superior se encontraba Uruguay con 15,6% de gasto en salud con respecto al PIB. Para ese momento era el único país con un gasto en salud superior al 10% del PIB. El siguiente país con el mayor gasto en salud era Panamá (7,7%) y el tercer país era Argentina (6,9%). En el extremo inferior se encontraban Ecuador (3,4%) y Venezuela (4,2%).

Gráfico 2. América Latina: Gasto en salud como % del PIB, 1995-2013



Fuente: OMS

Hasta el año 2008 el porcentaje del gasto en salud con respecto al PIB se mantuvo menor a 7% en el promedio de los países de la Región. Entre 1995 y 2004 (exactamente diez años), el mayor gasto en salud en América Latina fue el de Uruguay. Sin embargo, en el año 2004 el gasto en salud de Uruguay había disminuido a 8,5%, es decir, una reducción de 7% con respecto al valor de 1995. Entre 1997 y 2002 el menor gasto en salud fue el de Ecuador (4,6% en el último año del período señalado).

A partir de 2009 el promedio del gasto en salud (con respecto al PIB) de los países de América Latina ha sido superior a 7%. En 2013 este promedio fue 7,46%. Esta última cifra es superior también a la presentada por los países de ingreso medio alto (Gráfico 1). Cuando se compara con los países de ingreso alto en 2013 la brecha del gasto en salud es 4,5%, superior a lo presentado en 1995.

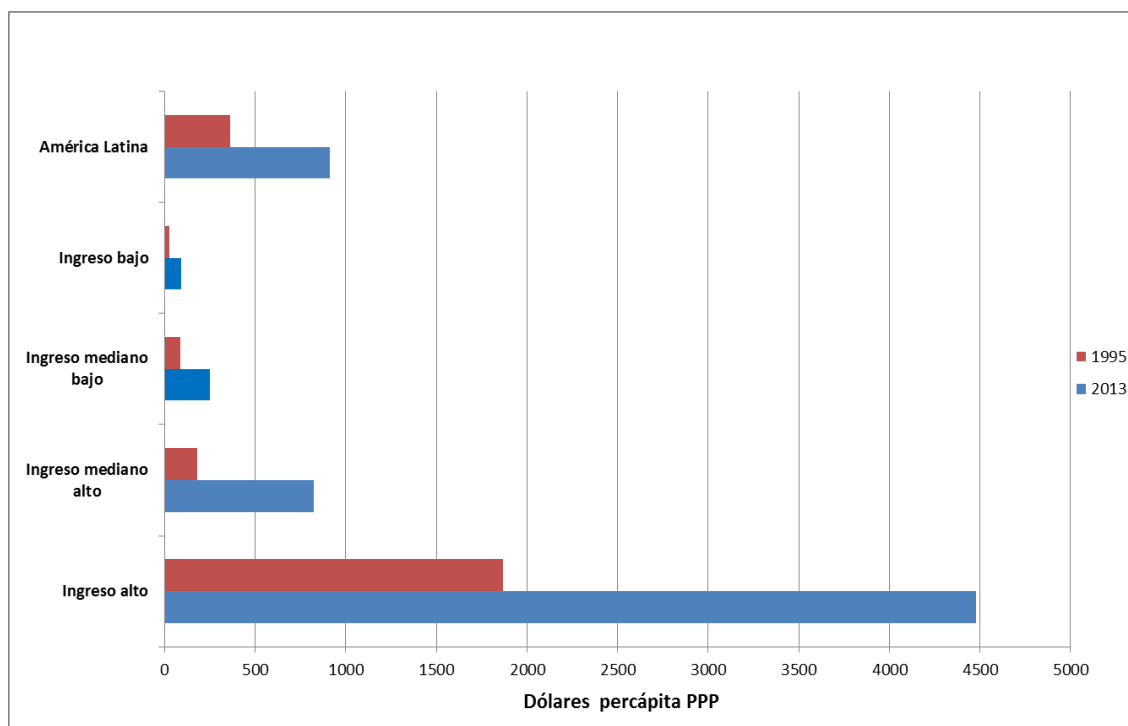
Al comparar el gasto en salud por país en el período 1995-2013, se aprecia que casi todos los países lo han aumentado. Los países con el mayor porcentaje de aumento fueron: Ecuador (4,1), Cuba (3,6), Costa Rica (3,4), Honduras (3,4). Los países en los cuales se ha reducido el gasto en salud son los siguientes: Panamá (al pasar de 7,7% a 7,2 en el período), República Dominicana (de 5,5% a 5,4%), Uruguay (de 15,6% a 8,8%) y Venezuela (de 4,2% a 3,6%). Los países que tenían en 2013 la menor proporción de gasto en salud con respecto al PIB son: Venezuela (3,6%), República Dominicana (5,4%) y Perú (5,3%).

En 2013 ningún país presentó un porcentaje de gasto de salud superior a 10%. Sin embargo, cuatro países (Brasil, Costa Rica, Haití y Paraguay) tienen un gasto en salud igual o superior a 9%, siendo el más alto Costa Rica con 9,9%. Se aprecia que tres países (Uruguay, Costa Rica y Cuba) han implementado medidas para reducción del gasto en salud cuando ha aumentado más de 10%. Estos períodos de gasto por encima de 10% se han presentado en Uruguay entre 1995 y 2002, Costa Rica entre 2011 y 2012, y Cuba entre 2007 y 2011. Tales medidas son compatibles con las previsiones para las etapas cuando aumenten las demandas de servicios producto de los cambios demográficos y epidemiológicos que conducirán al aumento de la proporción de población de mayores edades, y por ende, con más posibilidades de presentar enfermedades crónicas.

Variaciones del gasto per cápita

El gasto en salud per cápita promedio (en términos del poder comparado de compra expresado en dólares PPP) de América Latina fue 362 dólares en 1995 (Gráfico 3). Tal cantidad era el doble del gasto per cápita de los países de ingreso mediano alto (179 dólares). Comparado con países de alto ingreso, la cifra correspondiente al promedio de América Latina representaba la quinta parte. De manera que puede aseverarse que el gasto per cápita promedio de América Latina estaba muy por encima de los países de mediano ingreso. Los países con menor gasto per cápita que el de los países de ingreso mediano alto eran: Bolivia (133 dólares), Guatemala (171 dólares), Haití (60 dólares), Honduras (130 dólares, y Nicaragua (139 dólares).

Gráfico 3. América Latina: Gasto per cápita en salud (en dólares PPP) comparado con grupos de países según la clasificación de ingreso del Banco Mundial, 1995-2013

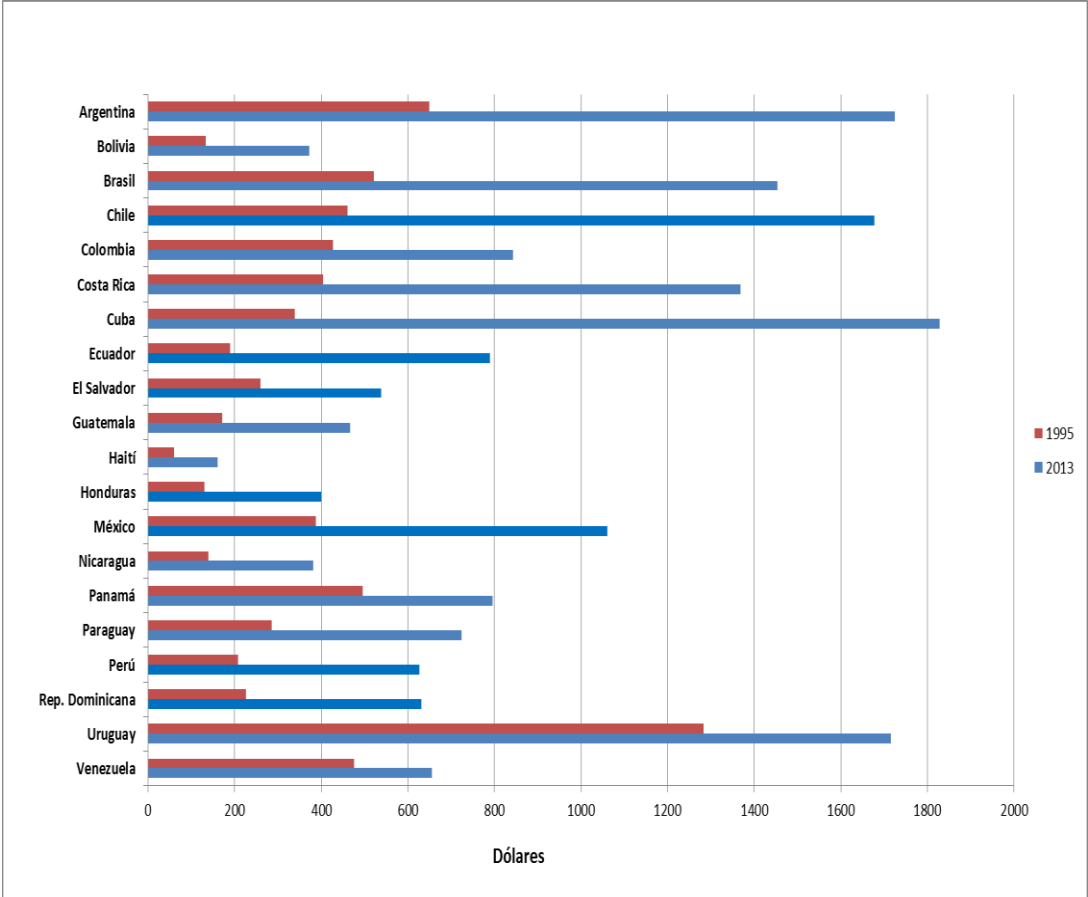


Fuente: OMS, cálculos propios

El mayor gasto per cápita en 1995 era el de Uruguay con 1.283 dólares. Ningún otro país superaba los 1.000 dólares per cápita en ese año. Argentina y Brasil eran los siguientes países en magnitud del gasto per cápita con 649 dólares y 522 dólares respectivamente.

Entre 1995 y 2013 todos los países experimentaron aumentos en el gasto per cápita en salud (en dólares PPP). El mayor aumento fue el experimentado por Cuba, equivalente a 5,3 veces, al pasar de 339 dólares per cápita en 1995 a 1.828 en 2013, cifra ésta correspondiente a la mayor de América Latina. El siguiente país con el mayor aumento fue Ecuador (4,1 veces), al pasar de 189 dólares en 1995 a 789 dólares en 2013. Otros países tuvieron aumento de más de 3 veces, tales como: Chile (3,65 veces), Costa Rica (3,39 veces), Honduras (3,08 veces), Perú (3,02 veces). Los países con menor proporción de aumento en el período fueron Uruguay (1,34 veces) y Venezuela (1,38 veces).

Gráfico 4. América Latina: Gasto per cápita en salud (Dólares PPP), 1995-2013



Fuente: OMS

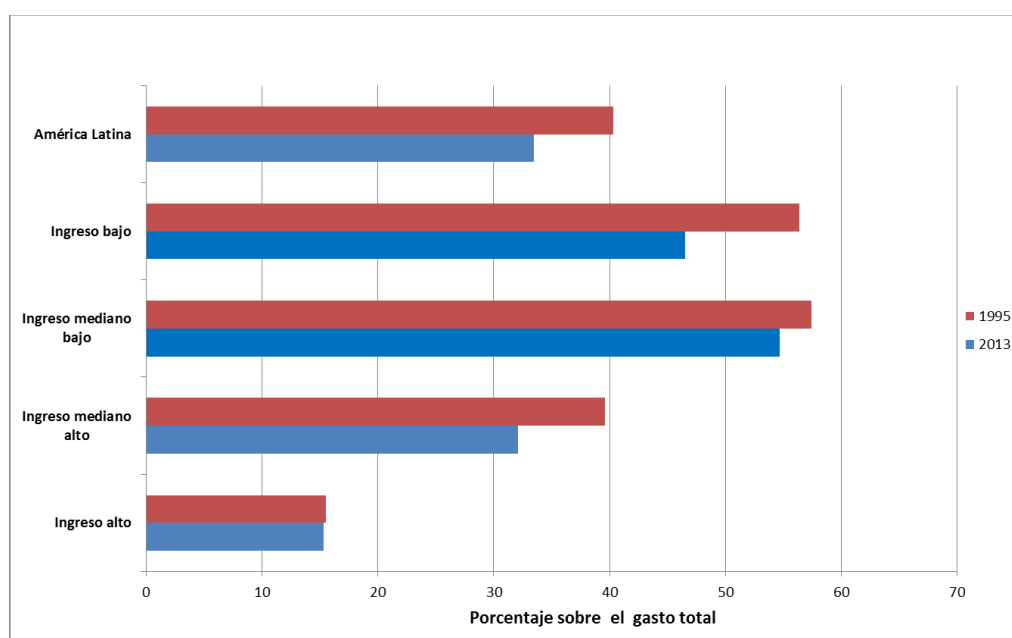
En 2013 el promedio del gasto per cápita de los países de América Latina ascendió a 910 dólares, lo cual es superior al de los países de ingreso mediano alto: 823 dólares (Gráfico 3). Esta proporción es menor a la obtenida en 1995, indicativo de una reducción de la brecha entre los países de ingreso mediano alto y los de América Latina. Al comparar con los países de ingreso alto, la brecha de los países de América Latina se mantiene. Los otros países con gasto per cápita PPP superior a 1.000 dólares son: Argentina (1725 dólares), Brasil (1454 dólares), Chile (1678), Costa Rica (1369 dólares), México (1061 dólares) y Uruguay (1715 dólares). Los

países con menor gasto per cápita PPP son. Bolivia (372), Haití (160 dólares), Nicaragua (382 dólares).

Variaciones del gasto de bolsillo

El promedio de gasto de bolsillo en 1995 en los países de América Latina fue 40,36%. Este porcentaje era similar al de los países de ingreso mediano alto (39,6%) y casi tres veces superior al de los países de ingreso alto (15,5%), tal como se puede apreciar en el Gráfico 5. Para ese año los países con menor proporción de gasto de bolsillo eran: Cuba (9,8%) y Uruguay (13,1%). En todos los demás países, la proporción de gasto de bolsillo era superior a 20%. Los siguientes países tenían un gasto de bolsillo superior al 50% del gasto total: El Salvador (60,7%), Guatemala (54,1%), Haití (77%), México (56,2%), Paraguay (57,9%), República Dominicana (57%), Venezuela (50,6%).

Gráfico 5. América Latina: Gasto de bolsillo % del gasto total comparado con grupos de países según la clasificación de ingreso del Banco Mundial, 1995-2013



Fuente: OMS, cálculos propios

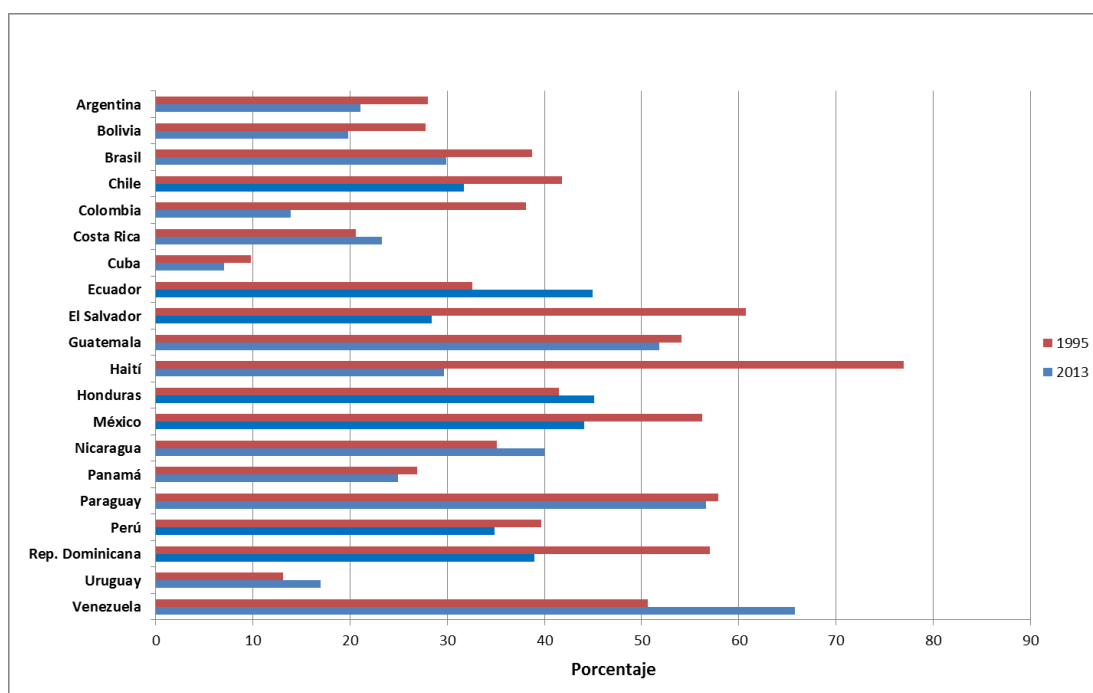
Para 2013 casi todos los países habían reducido el porcentaje de gasto de bolsillo. Es por ello que el promedio de gasto de bolsillo disminuyó a 33% cuando se toma en cuenta a todos los países de América Latina (Gráfico 5). Esta disminución fue menor a la que se puede constatar en los países de ingreso mediano alto (el promedio de estos países fue 32,1%). Puede indicarse entonces un cierto rezago de los países de América Latina con respecto a los países de ingreso mediano alto. Con respecto a los países de alto ingreso, la brecha disminuyó por cuanto en este segundo grupo el porcentaje de gasto de bolsillo varió muy poco (de 15,5% en 1995 a 15,3 en 2013).

Los países que experimentaron las mayores reducciones en el gasto de bolsillo en el período considerado (1995-2013) fueron (Gráfico 6): Haití (44,9%, al pasar de 77% a 32,1%), El Salvador (32,3%, al pasar de 60,7% a 28,4%), Colombia (24,2%, al pasar de 38,1% a 13,9%),

República Dominicana (18%, al pasar de 57% a 39%). Solo dos países de América Latina (Cuba y Colombia) tienen un porcentaje de gasto de bolsillo menor al promedio de los países de alto ingreso. Uruguay, el tercer país con menor gasto de bolsillo, es ligeramente superior (17%) al promedio de los países de alto ingreso.

Entre 1995-2013 (Gráfico 6), los siguientes países presentaron aumentos de la proporción de gasto de bolsillo: Venezuela (15,2%, al pasar de 50,6% a 65,8%, lo cual representa la mayor proporción de gasto de bolsillo en América), Ecuador (12,4%, al pasar de 32,6% a 45%), Nicaragua (4,9%, al pasar de 35,1% a 40%), Honduras (3,6%, al pasar de 41,5% a 45,1%), Uruguay (3,9%, al pasar de 13,1% a 17%), Costa Rica (2,7%, al pasar de 20,6% a 23,3%).

Gráfico 6. América Latina: Gasto de bolsillo como % del gasto total en salud, 1995-2013



Fuente: OMS

La disminución de gasto de bolsillo en la gran mayoría de los países, corresponde con aumentos significativos del gobierno. Los tres países en los cuales el aumento del gasto del gobierno fue más significativo fueron: República Dominicana, al pasar de 20,9% a 52,2%, es decir, un aumento de 31,3%, Colombia, al pasar de 55,1% en 1995 a 76% en 2013, un aumento de 20,9%, y El Salvador, al pasar de 38,5% en 1995 a 66,7 en 2013, un aumento de 28,2%. En el caso de Uruguay también se constata un aumento significativo del gasto del gobierno (de 43,9% a 70,2% entre 1995 y 2013), aunque coincide con una reducción del gasto de bolsillo, lo cual puede estar relacionado con la incorporación de modalidades de aumento del aporte de las personas en los arreglos de seguros privados.

Como contrapartida, los países que tuvieron aumentos en el gasto de bolsillo, también confrontaron reducciones significativas del gasto del gobierno. Dentro de los casos más significativos se puede señalar: Venezuela (al pasar de 42,7% en 1995 a 27,1 en 2013, una reducción de 15,5%, siendo junto con Haití los países en los cuales disminuyó el gasto per cápita del gobierno en el período), y Nicaragua (al pasar de 64,4% en 1995 a 53,7% en 2013, una reducción de 10,7%). La mayor reducción fue la de Haití (33,5%, al pasar de 40,9% en 1995

a 7,4% en 2013). La reducción del gasto de bolsillo en Haití puede deberse entonces a la gran proporción de recursos externos (25,9% en 2013). Haití y Venezuela fueron los únicos países con reducción del gasto per cápita del gobierno en el período señalado.

El gasto de bolsillo representa un porcentaje muy significativo del gasto privado en los países de América Latina. El promedio era 80,9% en 1995. En 2013 descendió ligeramente a 78,4%. En muchos países (Bolivia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Paraguay, Venezuela), el gasto de bolsillo representó en 2013 más del 90% del gasto privado, lo cual es una evidencia de que las modalidades de seguro privado están tan difundidas. Tal situación es más significativa en los países con mayor proporción de gasto de bolsillo.

Discusión e implicaciones de política

Alcanzar la meta de Cobertura Universal de Salud en América Latina es un desafío a todas luces de gran complejidad. Se impone, en primer lugar, examinar la manera en que cada uno de los países está encarando esta aspiración. La coordinación de acciones por parte de los gobiernos de cada uno de los países exige la definición de estrategias, políticas y programas para los próximos tres lustros. Además, es requisito contar con los recursos que podrán sufragar que el acceso y calidad de los servicios de salud sea una realidad para toda la población de la Región en 2030.

Las evidencias indican que pocos países han alcanzado el nivel de 80% en el índice general de cobertura de salud ya descrito. Para muchos países ni siquiera existen mediciones completas de este índice. Y en los casos de los países que cuentan con la estimación, en algunos ya no está vigente. De hecho, las mediciones que se obtienen a través de encuestas por muestreo no son regulares en los países. De manera que prácticamente será muy complicado, sin cambios en los procesos de seguimiento y evaluación, tener la información básica para conocer si las políticas son efectivas para alcanzar la Cobertura Universal de Salud.

Del examen de la evolución de los indicadores de gasto en salud, se hacen evidentes algunos rasgos de las políticas realizadas por los países. El gasto total promedio en los países de la Región supera al de los países de ingreso mediano alto. Esta mayor propensión, evidenciada especialmente en la actual década, coloca importantes interrogantes sobre la evolución en los próximos años, cuando se hagan ostensibles los impactos demográficos y epidemiológicos que conllevarán un aumento de la prevalencia de enfermedades de larga evolución en una población con mayor proporción de adultos mayores.

La tendencia general es al aumento del gasto en salud como proporción del PIB. Sin embargo, tal aumento no es necesariamente sinónimo de aumento de cobertura o mejoramiento de las condiciones de salud. De hecho, algunos países han debido implementar medidas de contención de costos (el caso más evidente fue Uruguay). El límite de 10% de gasto en salud como proporción del PIB ya es muy cercano para varios países de la Región. De manera que los incrementos en las asignaciones de recursos, en proporciones mayores, y en contextos de economías afectadas por poco crecimiento de la productividad, traerán como consecuencia que los gobiernos de los países deberán considerar la implementación de mecanismos idóneos para aumentar la efectividad de las asignaciones de recursos. Y esto debería significar directamente el aumento de la cobertura, tanto en el acceso como en la calidad.

La cobertura no está necesariamente correlacionada con el gasto per cápita. Un caso que ilustra el punto es que Brasil y Colombia tienen índices similares de cobertura de salud (cerca de 80). Sin embargo, el gasto per cápita de Brasil es casi el doble que el de Colombia. Al analizar la composición del gasto de bolsillo entre ambos países se observa que Brasil se acerca al 30%, mientras que el de Colombia es menor a 15% (el más bajo de la Región después de Cuba). A lo hay que agregar que Colombia no ha aumentado el gasto en salud como proporción del PIB entre 1995-2013, sigue siendo 6,8%. Si se comparan México y Perú, se puede constatar que ambos países presentan índices de cobertura relativamente cercanos (78 en México, y 70 en Perú), mientras el gasto per cápita de México es casi el doble que el de Perú.

El caso de Colombia ilustra que la cobertura no es dependiente directamente ni del total del gasto como proporción del PIB, ni del gasto per cápita total. Lo que pudiera estar relacionado es la reducción del gasto de bolsillo, el cual pasó en Colombia de 38,1% a 13,9 en el período 1995-2013.

Otro de los países en los cuales se puede encontrar la asociación entre reducción del gasto de bolsillo y el aumento de cobertura, es República Dominicana. Entre 1995 y 2013 la reducción de gasto de bolsillo en República Dominicana fue de 18%, solo superada por la de Haití y Colombia. Por su parte, la cobertura de salud, en término del índice señalado, aumentó en República Dominicana de 61 a 68 entre 1998 y 2010. Al igual que en el caso de Colombia, la reducción del gasto de bolsillo fue acompañada del aumento del peso del gasto del gobierno, al pasar de 21% en 1995 a 52% en 2013.

Tanto Colombia como República Dominicana iniciaron reformas de los sistemas de salud en las cuales se incorporó el fortalecimiento del financiamiento público a través del régimen subsidiado (35, 36). La reforma de Colombia se inició a principios de los años noventa del siglo pasado y en República Dominicana a principios de la década anterior. El otro país con reducciones significativas del gasto de bolsillo en el período considerado fue El Salvador (aunque no se dispone del índice de cobertura). El balance de las reformas en estos países escapa a los objetivos de este trabajo, sin embargo, debe destacarse, al menos en los casos de Colombia y República Dominicana que la reducción del gasto de bolsillo está sin dudas vinculado a los cambios institucionales implementados, con la consiguiente reducción de la población sin acceso a servicios de salud.

En el contexto revisado, es de especial importancia indicar las implicaciones de política que se pueden considerar en los países para alcanzar la Cobertura Universal de Salud en 2030. Dentro de ellas destacan las siguientes:

- La meta de la Cobertura Universal de Salud en 2030 debe ser incorporada a plenitud en el diseño de las políticas de salud, explicitando las repercusiones institucionales y financieras que tendrán en la dinámica de los sistemas de salud de la Región.
- El monitoreo sistemático de la Cobertura Universal de Salud es un instrumento indispensable para conocer los avances. Los países deben tener encuestas anuales por muestreo que indaguen sobre las características de la prestación de servicios de salud y del financiamiento (gasto catastrófico y empobrecimiento) y los tópicos de investigación que sean necesarios para la implementación de la estrategia de Cobertura Universal de Salud.

- La reducción del gasto de bolsillo es una guía de utilidad para seguimiento de las políticas de financiamiento de salud. En más de la mitad de los países de la Región el porcentaje de gasto de bolsillo supera el 30% del gasto total. La modalidad a seleccionar depende de las características particulares del sistema de salud y de las evidencias disponibles. La generación de estas evidencias a través del trabajo conjunto de agencias internacionales ha sido de gran utilidad en los últimos años. De estas evidencias ha surgido un consenso reciente sobre la importancia de diseñar e implementar programas públicos, financiados fundamentalmente por fuentes fiscales y no contributivas, con mecanismos transparentes de identificación de beneficiarios y con servicios explícitos (14). La ausencia de la reducción del gasto de bolsillo, y peor aún, su aumento, son indicativos de un probable alejamiento de la posibilidad de alcanzar la meta en 2030.
- La reducción del gasto de bolsillo va a suponer un aumento de la proporción de recursos públicos para salud, más no necesariamente el monto total, tal como se ha evidenciado en los países. Los gobiernos deben fortalecer las capacidades para mantener el gasto total en los rangos adecuados de acuerdo con el marco fiscal en cada país.
- La mera reducción del gasto de bolsillo, per se, no es garantía de la Cobertura Universal de Salud. Para ello se requieren medidas complementaria, entre las cuales se pueden señalar las siguientes:
 - a. Registros individuales de beneficiarios. No será posible la Cobertura Universal de Salud manteniendo la premisa de la atención a las grandes poblaciones nacionales. Será fundamental identificar con precisión a cada una de las personas y familias beneficiarias del sistema de salud. Tampoco será adecuado la perspectiva de estados o municipios. Los eventos de salud ya son plenamente localizables en tiempo y espacio. La tecnología permite indagar, prácticamente en tiempo real, sobre cada una de las personas, sus condiciones de salud y el uso que hace de los servicios. La organización del sistema de salud debe basarse en la conexión de cada una de las personas con sus requerimientos de servicios. A partir de tal conexión, será posible entonces integrar información de individuos a familias, y luego de comunidades.
 - b. Evaluación de tecnologías de salud. La gran cantidad de alternativas de tratamiento y diagnóstico, unido a las limitaciones en la disponibilidad de recursos, deben impulsar la utilización de mecanismos de evaluación económica. Así, los países pueden reorientar la asignación de recursos y refinar los procedimientos para la adopción de tecnologías en el sistema de salud, especialmente en lo que respecta al financiamiento público. La implementación de de estos cambios debe contar con la vinculación de los recursos humanos y técnicos disponibles en los distintos ámbitos de los países.
 - c. Estrategias múltiples para la reducir la carga de la enfermedad. La confluencia de las tres causas fundamentales de morbimortalidad en los países de la Región (materno-infantiles, endémicas y crónicas) obliga a la consideración de todas ellas, sin exclusión. La visión integral en la reducción de la carga de la enfermedad es un mecanismo adecuado para potenciar las respectivas sinergias.

- d. Institucionalidad para reducir inequidades. Las inequidades socio-económicas, así como los efectos derivados de los procesos de urbanización en los países de la Región, generan diferencias en las condiciones de salud, tanto en las zonas urbanas y suburbanas, como en las rurales. La especificación de estas diferencias y su atención detallada requiere una institucionalidad diferente, orientada a la identificación de riesgos en cada uno de esos ámbitos.
- e. Acercamiento a las realidades de las personas. La atención individual y familiar permanente requiere una capacidad institucional que tome en cuenta los servicios en ámbitos descentralizados. En los países se debe tomar en cuenta el nivel de cercanía de los beneficiarios al sistema de salud
- f. Calidad de atención. Unido a la universalización de la cobertura, debe promoverse logra la mayor calidad posible en los servicios. Para ello se deberán definir y ejecutar estrategias específicas por problemas de salud, así como la elaboración de protocolos de atención integral, y los correspondientes sistemas de seguimiento y reporte.
- g. Participación de los pacientes y sus organizaciones. El ámbito de decisiones del sistema de salud se ha ampliado con la incorporación de pacientes y sus organizaciones. Prácticamente ellos son los actores más cercanos a la toma decisiones, justamente por estar vinculados directamente a los efectos. La incorporación progresiva y amplia de estas instancias en las tareas del sistema de salud, será de especial importancia para lograr la Cobertura Universal de Salud.
- h. Consolidación de alianzas nacionales e internacionales. La concreción de la Cobertura Universal de Salud requiere la articulación de múltiples actores, tanto en el ámbito nacional e internacional. Una de las tareas que debe acometer el sistema de salud es crear las instancias para la acción efectiva de estas alianzas.
- i. Generación y transferencia de conocimientos. Las mejoras en el desempeño del sistema de salud exigirán una mayor generación y transferencia de conocimientos. Para ello es fundamental fortalecer los procesos de información, formación en investigación en todas las áreas de servicios.

Los requerimientos de investigación aplicada para la implementación de la estrategia de Cobertura Universal de Salud son extraordinarios. Al menos tres grandes líneas de trabajo se pueden señalar: (1) análisis y seguimiento de la cobertura a través de encuestas por muestreo, especialmente en los países que no disponen de ellas, (2) análisis de los casos exitosos en el aumento de la cobertura en la Región, (3) análisis de la incorporación de los cambios institucionales en los sistemas de salud de los países para promover la Cobertura Universal de Salud.

Conclusiones

El logro de la Cobertura Universal de Salud en los países de América Latina requiere la implementación de profundos cambios tanto en el financiamiento como en la prestación de

servicios en los próximos tres lustros. La brecha entre los países de la Región con los países de alto ingreso, específicamente en lo que respecta al gasto de bolsillo, es amplia, y en algunos casos tiende a aumentar. Pocos países tienen niveles comparables.

Para realizar los cambios exigidos se requiere la estabilidad política y el crecimiento económico sostenido y productivo, así como el cumplimiento riguroso de una agenda que incluya estas transformaciones. Los cambios señalados en las pautas de financiamiento, organización y provisión de servicios de los sistemas de salud, requieren el concurso de múltiples instituciones, así como la implementación de adecuados sistemas de seguimiento y evaluación. La reducción sistemática del gasto de bolsillo, con sus perniciosos efectos, como son el gasto catastrófico y el empobrecimiento, es una guía de especial utilidad para que la Cobertura Universal de Salud llegue a los ciudadanos a lo ancho y largo de la Región.

Referencias

1. WHO. 2016. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolución WHA69.11. Asamblea General 69.
2. United Nations. 2015. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Resolución 70/1. Asamblea General 70.
3. WHO. 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. The World Health Report. WHO.
4. WHO. 2000. Health Systems: Improving Performance. The World Health Report. WHO.
5. WHO. 2011. Sustainable financing structures and universal coverage. Resolución WHA64.9. Asamblea General 64.
6. WHO. 2013. Transforming health workforce education in support of universal health coverage. Resolución WHA66.23. Asamblea General 66.
7. WHO. 2014. Health intervention and technology assessment in support of universal health coverage. Resolución WHA67.23. Asamblea General 67.
8. WHO. 2016. Strengthening essential public health functions in support of the achievement of universal health coverage. Resolución WHA69.1. Asamblea General 69.
9. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. 2014. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels. PLoS Med. Sep 22;11(9):e1001731.
10. González R., Marino J. 1996. Monitoreo de las reformas del sector salud en las Américas: Situación inicial. Washington, D.C. OPS. 26 pp + tablas.
11. González R., Marino J. 2002. Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: Balance de resultados. Ciudad de México: FNUAP. Octubre. 58pp.
12. Wagstaff A, Dmytraczenko T, Almeida G, Buisman L, Hoang-Vu Eozenou P, Bredenkamp C, Cercone JA, Diaz Y, Maceira D, Molina S, Paraje G, Ruiz F, Sarti F, Scott J, Valdivia M, Werneck. 2015. Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage. Health Affairs. (Millwood). Oct;34(10):1704-12.
13. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny MP, Wagstaff A. 2014. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: framework, measures, and targets. Geneva-Washington DC. WHO y Banco Mundial.
14. Cotlear, D., Nagpal, S., Smith, O., Tandom, A., Cortez, R. 2015. Going Universal: How 24 Developing Counties are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up. World Bank Group, xix, 265 pp.

15. Moreno-Serra, Rodrigo, Sarah Thomson, Ke Hu. 2013. Measuring and comparing financial protection. En Irene Papanicolas y Peter C. Smith. *Health System Performance Comparison: An Agenda for Policy, Information and Research*. Open University Press. Capítulo 8.
16. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2014. *OECD Health Statistics 2014*.
17. Corrieri, Sandro, Dirk Heider, Herbert Matschinger, Thomas Lehnert, Elke Raum, Hans-Helmut König. 2010. Income-, education-, and gender-related inequalities in out-of-pocket health-care payments for 65+ patients – a systematic review. *International Journal of Equity in Health*; 9:20.
18. Baji, Petra, Milena Pavlova, László Gulácsi, Wim Groot. 2012. Changes in equity in out-of-pocket payments during the period of health care reforms: Evidence from Hungary. *International Journal of Equity in Health*; 11, 36.
19. Sanmartin, Claudia, Deirdre Hennessy, Yuqian Lu, Michael Robert Law. 2014. Trends in out-of-pocket health care expenditures in Canada, by household income, 1997 to 2009. *Health Reports*; 25(4): 13-7.
20. Bock, Jens-Oliver, Herbert Matschinger, Hermann Brenner, Beate Wild, Walter E. Haefeli, Renate Quinzler, Kai-Uwe Saum, Dirk Heider, Hans-Helmut König. 2014. Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans – results of a population-based cross-sectional study. *International Journal of Equity in Health*; 13:3.
21. Tomini, Sonila M., Truman G. Packard, Florian Tomini. 2013. Catastrophic and impoverishing effects of out-of-pocket payments for health care in Albania: evidence from Albania Living Standards Measurement Surveys 2002, 2005 and 2006. *Health Policy and Planning*; 28(4): 419-28.
22. Falkingham, Jane, Baktygul Akkazieva, Angela Baschieri. 2010. Trends in out-of-pocket for health care in Kyrgyzstan, 2001-2007. *Health Policy and Planning*; 25(5): 427-38.
23. Schwarz, Joëlle, Kaspar Wyss, Zulfiya M. Gulyamova, Soleh Sharipov. 2013. Out-of-pocket expenditures for primary health care in Tajikistan: a time-trend analysis. *BMC Health Services Research*; 13:103.
24. Castillo-Laborde, Carla, Pablo Villalobos Dintrans. 2013. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*; 141(11): 1456-63.
25. Onah, Michael, Veloshnee Govender. 2014. Out-of-pocket payments, health care access and utilisation in South-Eastern Nigeria: A gender perspective. *PLOS ONE*; 9(4): e93887.
26. Brinda, Ethel Mary, Antonio Andrés Rodríguez, Ulrika Enemark. 2014. Correlates of out-of-pocket and catastrophic health expenditures in Tanzania: Results from a national household survey. *BMC International Health & Human Rights*; 14:5.

27. McIntyre, Di. Michael K. Ranson, Bhupinder K. Aulakh, Ayako Honda. 2013. Promoting universal financial protection: Evidence from seven low- and middle income countries on factors facilitating or hindering progress. *Health Research Policy and Systems*; 11:36.
28. Galárraga, Omar, Sandra G. Sosa-Rubí, Aarón Salinas-Rodríguez, Sergio Sesma-Vázquez. 2010. Health insurance for the poor: Impact on catastrophic and out-of-pocket health expenditures in Mexico. *European Journal of Health Economics*; 11(5): 437-47.
29. Sosa-Rubí, Sandra G., Aarón Salinas-Rodríguez, Omar Galárraga. 2011. Impacto del Seguro Popular en el gasto catastrófico y de bolsillo en el México rural y urbano, 2005-2008. *Salud Pública de México*; 53(suplemento 4): S425-35.
30. Aji, Budi, Manuela De Allegri, Aurelia Souares, Rainer Sauerborn. 2013. The impact of health insurance programs on out-of-pocket expenditures in Indonesia: An increase or a decrease? *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 10(7); 2995-3013.
31. Karan, Anup, Sakthivel, Ajay Mahal. 2014. Moving to universal coverage? Trends in the burden of out-of-pocket payments for health care across social groups in India, 1999-2000 to 2011-12. *PLOS One*; 9 (8): e105162.
32. Shahrawat, Renu, Krishna D. Rao. 2012. Insured yet vulnerable: out-of-pocket payments and India's poor. *Health Policy and Planning*; 27(3): 213-21.
33. Lee, Weon-Young, Ian Shaw. 2014. The impact of out-of-pocket payments on health care inequity: The case of National Health Insurance in South Korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*; 11(7), 7304-7318.
34. WHO. 2015. *World Health Statistics 2015*.WHO.
35. Montenegro T., F., Bernal A. O. 2013. The Subsidized Regime of Colombia's National Health Insurance System. The World Bank's Universal Health Coverage Studies Series.(UNICO). Washington DC. The World Bank. 38 pp.
36. Rathe, M., Moliné, A. 2011. Sistema de Salud de República Dominicana. *Salud Pública de México*. 53 suppl 2: S255-264.